



Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge des causes de mortalité maternelle entre 1870 et 1914

Elisabeth Lyonnais

► To cite this version:

Elisabeth Lyonnais. Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge des causes de mortalité maternelle entre 1870 et 1914. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00624754

HAL Id: dumas-00624754

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00624754>

Submitted on 19 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 8 avril 2011

par

Elisabeth LYONNAIS

Née le 16 mars 1989

**Le rôle de la sage-femme dans la prise en
charge des causes de mortalité maternelle entre
1870 et 1914**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Monsieur GELIS Jacques

Historien, Maître de conférences à l'Université Paris 8

JURY :

Monsieur CABROL Dominique

Madame MESNIL Nicole

Madame NOTO

Madame WETZEL-DAVID

Madame PRUDHOMME Sophie

Directeur technique de l'école de sage-femme Baudelocque

Représentante de la directrice de l'école de sage-femme
Baudelocque

Psychologue, hôpital Necker

Sage-femme, Paris

Sage-femme enseignante, École de sage-femme Baudelocque

Mémoire N° 2011PA05MA24

Remerciements

À Monsieur Gélis, pour avoir bien voulu mettre sa compétence d'historien au service d'un travail étranger à sa spécialité universitaire. Pour la qualité de ses conseils, sa disponibilité et amabilité qui m'ont permis de mener à bien ce mémoire.

À Madame Prudhomme, pour m'avoir guidée tout au long de ce projet, pour m'avoir soutenue et encouragée, sans jamais se départir de son sourire.

À Monsieur le Professeur Cabrol, à Madame N'Guyen, et à l'ensemble de l'équipe enseignante, pour m'avoir transmis avec compétence, savoir, savoir-faire et savoir-être durant ces quatre années.

À mes amis et ma famille, pour leur soutien et leurs conseils au moment de la relecture.

À mes camarades de promotion.

À Thibault.

Table des matières

Table des matières.....	4
Introduction	7
1. La France, la Naissance, l'Obstétrique	8
de 1870 à 1914.....	8
1.1 Contexte historique : La France, du début de la Troisième République à la première guerre mondiale.	8
1.1.1 <i>Après une période troublée, un esprit de revanche et une lutte contre la dénatalité</i>	<i>8</i>
1.1.2 <i>La nécessaire protection des plus faibles, face à des conditions de vie difficiles</i>	<i>9</i>
1.1.3 <i>La presse.....</i>	<i>10</i>
1.2 Les sages-femmes	11
1.2.1 <i>Les sages-femmes des origines à 1873</i>	<i>11</i>
1.2.2 <i>Les sages-femmes de la Troisième République jusqu'en 1914.....</i>	<i>14</i>
2. Étude et résultats	20
2.1 Problématique et hypothèses.....	20
2.2 Matériel et méthodes.....	21
2.3 La mortalité maternelle entre 1870 et 1914	24
2.4 La fièvre puerpérale, le fléau des maternités du Dix-neuvième siècle	26
2.4.1 <i>La lente identification de la maladie et de ses causes</i>	<i>26</i>
2.4.2 <i>L'autorisation tardive pour les sages-femmes d'employer les antiseptiques</i>	<i>28</i>
2.4.3 <i>Des mesures d'hygiène de plus en plus draconiennes</i>	<i>30</i>
2.5 Les dystocies en cours de travail	32
2.5.1 <i>Origines et causes des dystocies</i>	<i>32</i>
2.5.2 <i>Les dangers d'un travail long</i>	<i>33</i>
2.5.3 <i>L'examen du bassin comme moyen prédictif des dystocies</i>	<i>33</i>
2.5.4 <i>La direction du travail.....</i>	<i>35</i>
2.5.5 <i>Intervention de la sage-femme</i>	<i>37</i>
2.5.6 <i>Les autres instruments</i>	<i>41</i>

2.5.7 Provoquer l'accouchement avant terme afin d'éviter les dystocies	42
2.5.8 Les opérations.....	43
2.6 Les hémorragies.....	46
2.6.1 Les hémorragies en cours de grossesse.....	46
2.6.2 Le danger ne disparaît pas à l'accouchement : l'hémorragie du post-partum	49
2.7 La pré-éclampsie et ses conséquences.	52
2.7.1 Les traitements.....	53
2.7.2 Dépistage et prévention	54
3. Discussion	56
3.1 Première hypothèse :	56
La sage-femme sait dépister la pathologie même si son domaine d'intervention reste la physiologie. Elle a été formée au diagnostic et à la prise en charge des pathologies pendant ses études.	56
3.2 Deuxième hypothèse :.....	61
La sage-femme, en attendant le médecin, peut mettre en œuvre des thérapeutiques, en fonction de son domaine de compétence, de son droit de prescription et d'utilisation de celles-ci. Mais certaines thérapeutiques, instruments et manœuvres lui sont interdits.	61
3.3 Troisième hypothèse :	65
Les thérapeutiques de cette époque avaient une efficacité relative. Ils étaient découverts, expérimentés, recommandés et diffusés de plusieurs manières, notamment par les journaux médicaux. Les premières études soulignent le début de <i>l'Evidence Based Medecine</i> , qui s'oppose au savoir empirique des siècles précédents.....	65
Conclusion	69
Bibliographie	70

Liste des annexes

Annexe 1 : Législation professionnelle au dix-neuvième siècle	78
Annexe 2 : Honoraires	80

Introduction

La grossesse et l'accouchement sont des événements naturels dans la vie d'une femme. Bien que la majorité d'entre eux se déroule sans encombre, certains dangers guettent la mère et l'enfant. Depuis près de trois siècles les accoucheurs, les sages-femmes et les pouvoirs publics ont cherché à entourer la Naissance, afin de lutter contre la perte de femmes jeunes et d'enfants. La médicalisation de l'accouchement s'accélère durant le dix-neuvième siècle. Les manœuvres et les instruments médicaux se perfectionnent, les traitements et les thérapeutiques évoluent. Les praticiens d'Europe et des États-Unis échangent sur leurs conduites à tenir, élaborées à partir des premières études.

Parce qu'elles accompagnent la quasi-totalité des accouchements, les sages-femmes ont été les actrices de la lutte contre la mortalité périnatale. Si les chirurgiens s'investissent de plus en plus dans le domaine de l'obstétrique, les patientes préfèrent avoir recours à une femme, même en cas de situation pathologique. Les sages-femmes sont alors souvent les premières appelées en cas d'hémorragie ou encore de convulsions en cours de grossesse. La question de rôle de la sage-femme dans la prise en charge de la mortalité maternelle se pose. Cette interrogation sera explorée au moyen d'une revue de la littérature, au travers d'un journal professionnel, le *Journal des Sages-femmes*.

Il convient d'abord d'étudier le contexte historique, ainsi que la manière dont les sages-femmes sont formées et dans quelles conditions elles exercent, durant le dix-neuvième et au début du vingtième siècle. Ensuite, seront étudiées les prises en charge concrètes des sages-femmes face aux principaux accidents et pathologies qui peuvent survenir ante, per et post-partum. Enfin, il sera tenté de répondre à la question du rôle exact de la sage-femme dans la prise en charge de la mortalité maternelle entre 1870 et 1914.

1. La France, la Naissance, l'Obstétrique de 1870 à 1914

1.1 Contexte historique : La France, du début de la Troisième République à la première guerre mondiale.

1.1.1 Après une période troublée, un esprit de revanche et une lutte contre la dénatalité

Le dix-neuvième siècle est marqué par de profonds bouleversements politiques. Après la période troublée de la Révolution française, le Consulat, la Restauration temporaire de la monarchie, le Premier et le Second Empire laissent place en 1870 à la Troisième République. Celle-ci se met en place après la défaite face à l'Allemagne, qui entraîne la perte de l'Alsace-Lorraine, le soulèvement de la Commune et sa répression sanglante¹.

La fin du siècle est empreinte d'antisémitisme, en témoigne l'affaire Dreyfus, et d'anticléricalisme, qui aboutit en 1905 à la loi de séparation des Églises et de l'État. L'idée d'une nouvelle guerre, sorte de « revanche » face à l'Allemagne est dans bon nombre d'esprits et, face à cette menace, la France doit pouvoir compter sur une population jeune et importante, apte à lui fournir de nombreux soldats. Elle doit également envoyer des Français peupler ses colonies. La crainte d'une « dépopulation » augmente, deux cent cinquante ouvrages sur le sujet paraissent à cette époque. En effet, la natalité chute, la France, premier pays en terme de population sous l'Ancien Régime descend à la cinquième place en 1914 avec quarante millions d'habitants, en excluant les Alsaciens et les Lorrains². Le Docteur Hammon, s'inquiète dans le *Journal des sages-femmes* du 16 avril 1876 que les Français aient la plus faible natalité d'Europe avec trois enfants par couple.

C'est pour cela que les pouvoirs publics cherchent à diminuer la mortalité maternelle et infantile, répriment l'avortement et l'infanticide, et combattent les premières méthodes de régulations des naissances, s'opposant au malthusianisme. Cette doctrine proposée par Malthus au début du dix-neuvième siècle prône un contrôle de la natalité afin d'empêcher une croissance de la population plus importante que celle des ressources. Ce contrôle passe par une chasteté volontaire et un mariage tardif, surtout dans les couches inférieures de la société, en peine pour nourrir tous leurs enfants³. Les politiques natalistes et populationnistes prônent l'allaitement maternel, alors que la pratique des nourrices se répand dans tous les milieux, et que, par

manque d'hygiène, l'usage des biberons fait des ravages chez les nourrissons.

1.1.2 La nécessaire protection des plus faibles, face à des conditions de vie difficiles

La Révolution Industrielle en cours entraîne un exode rural. Les ouvriers vivent dans des conditions difficiles, les enfants souffrent de malnutrition et de carences, ce qui entraîne des pathologies telles que le rachitisme. Les jeunes filles partent en ville chercher du travail et deviennent enceintes loin de leur famille, ou bien y viennent dans le but de cacher leurs couches. Les hôpitaux servent alors de refuge à ces « filles-mères » tout en permettant d'éviter abandons et infanticides⁴. Les pères ne sont pas inquiétés, le code civil de 1804 interdit la recherche en paternité, pourtant demandée par les premières féministes. Cette démarche n'est autorisée qu'en 1912.

Les mouvements féministes tentent de défendre la protection des plus faibles, soit les femmes et les enfants, notamment en demandant la création d'un congé maternité. Il faut attendre la loi Strauss du 17 juin 1913 pour que soit rendu obligatoire et indemnisé le congé post-natal².

La protection sociale n'en est qu'à ses balbutiements ; en mars 1852 une législation sur les sociétés de secours mutuels voit le jour. Il s'agit de caisses communes à laquelle des volontaires cotisent. Le jour où les adhérents déclarent une maladie ou une infirmité dûment attestée par le médecin, ils perçoivent alors des indemnités et un remboursement partiel de leurs frais. En plus des cotisations, ces caisses sont alimentées par des membres honoraires, qui versent de grosses sommes dans un but uniquement philanthropique. Les femmes en sont généralement exclues, en raison de leur faible, voire, de leur absence de revenus, mais aussi parce que les sociétés ne veulent pas prendre le risque d'avoir à financer les frais de maternité. L'hôpital continue toujours à dispenser ses soins gratuitement⁵.

En 1881 et 1882, l'école devient laïque, gratuite et obligatoire pour filles et garçons, de six à treize ans, par les lois Jules Ferry¹. Cela entraîne une hausse du niveau d'instruction des jeunes filles et ainsi une hausse des exigences quant à leurs connaissances avant l'entrée en école de sage-femme.

Avec la Révolution Industrielle, des progrès scientifiques permettent un meilleur niveau de vie et une baisse de la mortalité globale. L'eau courante s'installe

peu à peu dans les immeubles, ainsi que le gaz et l'électricité, améliorant hygiène et confort. Le téléphone, inventé aux États-Unis par Bell permet de joindre rapidement son correspondant, et par exemple de prévenir un médecin ou un hôpital. C'est aussi le temps de l'invention et la commercialisation des toutes premières automobiles.

1.1.3 La presse

Depuis la naissance de la première gazette en France en 1631, l'intérêt des français pour la presse s'accroît durant la Révolution. La liberté de la presse est proclamée lors de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen en 1789 : « *La libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'homme ; tout citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement, sauf à répondre de l'abus de cette liberté dans les cas déterminés par la loi* ». Cette liberté est rapidement remise en cause et menacée durant la Terreur, puis sous le Consulat et l'Empire. Les journaux deviennent un moyen de propagande durant les guerres napoléoniennes, et restent soumis au contrôle de l'État et à la censure pendant une bonne partie du dix-neuvième siècle. Enfin, la loi du 29 juillet 1881 rétablit la liberté de diffusion et de publication. Elle autorise la critique politique, notamment celle du régime en place, sans risque d'être poursuivi en justice, et permet de retrouver une liberté comparable à celle de 1789⁶.

Tout au long du dix-neuvième siècle, la presse se diffuse, et touche peu à peu toutes les catégories sociales urbaines, avant de gagner les campagnes, grâce au développement des moyens de transports. Elle bénéficie également des progrès techniques de l'époque comme la mise au point des presses rotatives dans les années 1860 aux États-Unis qui permettent d'imprimer 50 000 exemplaires d'un journal de 24 pages en une heure seulement en 1914 (contre 150 feuillets par heure en 1800). La photographie, la lithographie et la photogravure se développent ; les articles deviennent illustrés. La publicité et les réclames permettent d'abaisser le prix des journaux ; l'instruction et le niveau de vie augmentent, les journaux deviennent un produit de consommation courant. Si les quotidiens connaissent un succès croissant, avec un million de tirages par jour pour tous les quotidiens de Paris réunis, les périodiques spécialisés sont également plébiscités. Déjà représentés sous l'Ancien régime par le *Journal de Médecine* ou le *Journal du Commerce*, ils s'adressent à des publics ciblés tels que les enfants, les ménagères ou un corps de métier en particulier⁷.

1.2 Les sages-femmes

1.2.1 Les sages-femmes des origines à 1873

1.2.1.1 Sous l'Ancien Régime, la prise de conscience de la nécessité d'une formation.

En France, les sages-femmes, matrones, accoucheuses ou encore « ventrières » du Moyen-âge n'ont aucune formation. Ce sont généralement de femmes qui ont fini d'élever leurs enfants et qui ont gagné la confiance des autres femmes du village. Elles apprennent à pratiquer les accouchements en observant et en accompagnant l'ancienne accoucheuse⁸.

Les premières traces écrites évoquant des sages-femmes instruites, datent du quinzième siècle ; ce sont des contrats, entre des cités d'Europe et une accoucheuse assermentée, reçue par un collège de chirurgiens, de médecins et d'autres sages-femmes au terme d'un apprentissage⁹.

En France, la première formation pour les sages-femmes remonte à 1630, où les « apprentisses » de l'Hôtel-Dieu de Paris apprennent pendant trois mois l'art des accouchements auprès de la maîtresse sage-femme. Après quoi elles sont reçues sages-femmes jurées devant une communauté de chirurgiens appartenant à la corporation de Saint Côme, corporation des barbiers ou «urgeans » fondée en 1268. C'est cette même communauté qui, en 1694, interdit aux femmes et donc aux sages-femmes la pratique de la chirurgie¹⁰.

Ailleurs qu'à Paris, le savoir des sages-femmes reste empirique, elles sont toujours choisies par la communauté des femmes du village, ainsi que par le curé, qui s'enquiert de leur moralité. En effet, elles doivent connaître les rites du baptême de l'enfant *in utero*, ou être capable de lui conférer le sacrement à la naissance en cas de danger de mort¹¹. Ce qui arrive souvent car la mortalité en couches est très importante, notamment à cause de l'ignorance des matrones.

C'est dans le but de former ces femmes pour diminuer les mortalités maternelle et infantile que Madame Du Coudray commence en 1757 son « tour de France ». Munie de son brevet royal, elle parvient en vingt-cinq ans à former cinq mille accoucheuses, grâce à une méthode simple qui s'adresse à des femmes peu instruites voire analphabètes. Celle-ci consiste à faire répéter des manœuvres obstétricales sur un mannequin réaliste de femme qu'elle a fait fabriquer. Cela lui permet aussi d'éclairer les sages-femmes sur l'anatomie des parties génitales féminines, et les rapports entre les différents organes, afin que les accoucheuses ne

soient pas délétères dans leur pratique. Son œuvre est reprise par son neveu et sa nièce, des chirurgiens sont formés comme démonstrateurs et des cours d'accouchement s'implantent en province⁸.

Pendant la première moitié du dix-neuvième siècle la mortalité reste considérable. À la Maternité de Paris, 4,3% des enfants sont mort-nés, et 7% à 13% décèdent dans la première semaine de vie⁴. En province, comme à Tulle, en Corrèze, la mortinatalité est de 4,13% en ville et 6,2% à la maternité entre 1838 et 1848 auxquels s'ajoutent 5% de mortalité néonatale entre 1849 et 1881¹². Les enfants meurent d'asphyxie *per partum*, ou sont tués par des manœuvres intempestives. La mortalité post natale s'explique par la prématurité, les malformations congénitales, les infections graves comme le sclérème, ou plus bénignes comme les aphtes ou le muguet qui entravent l'allaitement. Elle résulte aussi de l'importante mortalité maternelle, dont le taux varie de 2% à 6% en Europe au dix-neuvième siècle ; un enfant orphelin ou abandonné a effectivement peu de chance de survie et la grande majorité des Enfants-Trouvés de Paris meure avant l'âge de deux ans⁴.

1.2.1.2 Un nouveau statut en 1803 : La loi de l'an XI

À la Révolution, les corporations sont supprimées par la loi Le Chapelier (14 juin 1791) et le décret d'Allarde (2 et 17 mars 1791). La liberté professionnelle est promulguée, les matrones peuvent ainsi continuer à exercer sans être inquiétées¹. Après 12 années sans encadrement, la Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) réglemente l'exercice des professions médicales (médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes). Elle reste en vigueur pendant tout le dix-neuvième siècle (Annexe I).

Cette loi érige les conditions d'accès à la profession, le déroulement des études, la délivrance et l'enregistrement du diplôme. Elle fixe les conditions d'exercice des sages-femmes, leur interdit d'utiliser des instruments, édicte l'obligation d'appeler un médecin ou un chirurgien en cas de dystocie ou de pathologie. La loi définit aussi l'exercice illégal de la médecine et ses sanctions ainsi que le secret professionnel¹³.

Les matrones continuent pourtant d'exercer jusqu'à la fin du dix-neuvième siècle, bien que les jeunes sages-femmes réclament aux autorités, notamment à travers certains articles du *Journal des Sages-femmes*, des mesures pour les en empêcher. Malgré la loi de l'an XI, elles sont tolérées dans les campagnes faute de

sages-femmes pour les remplacer, une commune sur cinq seulement disposant d'une sage-femme en 1881¹⁴.

1.2.1.3 L'élite de la profession, les sages-femmes formées à la Maternité de Paris

En 1797, suite au rapport Tenon, l'Office des accouchées de l'Hôtel-Dieu de Paris est démantelé pour des raisons d'insalubrité. C'est ainsi que naît et s'établit dans l'ancien Institut de l'Oratoire, l'école d'accouchement de la Maternité de Paris, et la maison de la Couche qui recueille les « enfants de la Patrie » ou enfants trouvés, à la maison de la Bourbe.

La Maternité de Paris est alors sous la direction de Marie Dugès et de son adjointe et fille Madame Lachapelle. Quatre « apprentisses » y sont formées durant trois mois¹⁰. En 1802, Chaptal, Ministre de l'Intérieur, adresse une circulaire aux préfets pour qu'ils envoient, aux frais du département, des jeunes filles apprendre l'art des accouchements à Paris. Ainsi, en décembre de la même année, quatre-vingt jeunes filles deviennent élèves sages-femmes internes à la Maternité de Paris. Elles doivent avoir plus de dix-huit ans et moins de trente-cinq, et prouver qu'elles savent lire et écrire, certificat du préfet à l'appui⁴.

La formation dure six mois mais de nombreuses élèves demandent à doubler le cours. Aussi, en 1807 la durée de la formation est fixée à un an, sur l'intervention de Madame Lachapelle, sage-femme en chef, et de Jean-Louis Baudelocque, chirurgien en chef. Le projet de Chaptal, fermement opposé aux cours départementaux d'accouchement, est de former une élite de sages-femmes, lesquelles retourneront ensuite exercer leur art en province. Pourtant celles-ci préfèrent rester et exercer à Paris et dans les grandes villes. Il devient alors plus intéressant pour les préfets d'envoyer les aspirantes dans les hospices départementaux et dans les facultés de Médecine, qui s'ouvrent après 1803, en premier lieu à Paris, Strasbourg et Montpellier. En effet, selon l'article 30 de la loi de l'an XI : « *Outre l'instruction donnée dans les écoles de médecine, il sera établi, dans l'hospice le plus fréquenté de chaque département un cours annuel et gratuit d'accouchement, théorique et pratique, destiné particulièrement à l'instruction des sages-femmes* ». Le coût de la scolarité est moins important pour les départements et les sages-femmes nouvellement formées continuent à exercer en Province. Les meilleures élèves sont toutefois admises à la fin de leur formation à suivre un an de cours à Paris pour se perfectionner¹².

C'est ainsi que se dessinent petit à petit deux catégories de sages-femmes : les sages-femmes de première classe, reçues devant le jury de la Faculté de médecine et à la Maternité de Paris, qui peuvent exercer dans toute la France et les sages-femmes de deuxième classe, reçues devant un jury départemental et qui ne peuvent exercer que dans ce département.

À la Maternité de Paris, les élèves suivent chaque jour la visite de la sage-femme en chef, soignent les accouchées et les nouveau-nés, pratiquent les accouchements eutociques, observent et participent aux accouchements dystociques faits par la sage-femme en chef et le chirurgien. Elles assistent à des cours théoriques d'obstétrique, de botanique, de saignée, de vaccine, d'anatomie et de pathologie. Elles bénéficient de cours de français donnés par une institutrice. Un examen sanctionne la fin des études, portant sur les connaissances acquises durant les années de formation. L'article 32 de la loi an XI précise : « *Elles [les élèves sages-femmes] seront examinées par les jurys, sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier* ». Leur formation pratique est solide car la Maternité accueille mille à trois mille parturientes par an⁴. Ce sont des sages-femmes reconnues et appréciées dans toute la France. Elles occupent les postes de sages-femmes en chef dans les maternités ou se constituent une clientèle importante en ville. Instruites, elles n'hésitent pas à rédiger des articles dans les journaux médicaux tels que le *Journal des Sages-femmes* ou *Le parfait nourricier*.

À la faculté de Médecine de Paris, après 1823, les élèves suivent un cours théorique gratuit et un cours libre chez un médecin ou une sage-femme. Elles pratiquent peu d'accouchements.

Dans les départements, l'article 31 de la loi de l'an XI prévoit : « *Les sages-femmes devront avoir subi au moins deux de ces cours et vu pratiquer pendant neuf mois, ou pratiquer elles-mêmes les accouchements pendant six mois dans un hospice, ou sous la surveillance d'un professeur, avant de se présenter à l'examen.* » Mais la durée réelle des cours est en réalité très variable. Le niveau d'entrée est moins élevé qu'à Paris et les accouchements sont plus rares¹².

1.2.2 Les sages-femmes de la Troisième République jusqu'en 1914

1.2.2.1 Une régionalisation de la formation

Les sages-femmes de la fin du dix-neuvième siècle sont issues des différentes

formations précédemment abordées. La Maternité de Paris reste la formation d'excellence du siècle, cependant, le profil des élèves change. Issues d'un milieu modeste, filles d'artisans, de commerçants, de petits fonctionnaires ou de sages-femmes, elles sont désormais originaires des départements proches de Paris et non plus de la France entière. L'examen d'entrée se complexifie avec une dictée, un problème de mathématiques, une question d'histoire ou de géographie. Les études durent deux ans car la majorité des élèves doublent le cours pour se perfectionner. Ce sont des sages-femmes de première classe reconnues dans toute la France.

À la faculté de Médecine de Paris, le niveau s'améliore, les élèves suivent maintenant des cours théoriques calqués sur ceux des médecins durant le semestre d'été puis un stage de quarante-trois jours et quarante-trois nuits à la Clinique rue d'Assas. Leur formation pratique reste pourtant incomplète car elles doivent « partager » avec les étudiants en médecine les six cents accouchements qui y ont lieu chaque année. C'est pourquoi certaines d'entre elles assistent en plus à des cours privés donnés par des sages-femmes ou des médecins qui recrutent des femmes pauvres pour leur enseignement clinique. Ces praticiens se font connaître par des annonces dans le *Journal des Sages-femmes*¹³.

Les jurys médicaux sont supprimés en 1854 et le diplôme de sage-femme suffit pour exercer selon sa classe, les élèves sortant de la Maternité de Paris ou d'une Faculté de Médecine comme sages-femmes de première classe, les élèves venant des cours départementaux comme sages-femmes de deuxième classe. Une nouvelle loi, votée le 22 novembre 1892, modifiant la loi de l'an XI, explique : « *Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1ère ou de 2e classe délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de Médecine, une École de plein exercice ou une École préparatoire de Médecine ou de Pharmacie de l'État* ».

Le niveau des cours départementaux tend à s'élever comme à Tulle, la scolarité y est allongée, une institutrice pallie le faible niveau des élèves à l'entrée, le nombre d'accouchements augmente, la directrice, sage-femme de première classe, dispense un enseignement obstétrical de qualité¹².

1.2.2.2 De nouvelles compétences pour de nouvelles responsabilités

Les compétences des sages-femmes augmentent : le décret du 23 juin 1873 autorise les sages-femmes des deux classes à prescrire du seigle ergoté, puissant

utéro-tonique, et celui du 9 juillet 1890 à prescrire et utiliser un antiseptique : le sublimé, presque dix ans après la mise en place de la méthode antiseptique dans les hôpitaux de Paris, puis en 1909, le nitrate d'argent¹⁰.

La nouvelle réglementation de 1892 maintient les deux classes de sages-femmes, la durée des études est portée à deux ans. Les aspirantes à la première classe doivent posséder le diplôme de capacité de l'enseignement primaire ou le certificat d'études secondaires, celles de deuxième classe doivent passer un examen comportant une dictée, un exercice de mathématiques, une explication de texte. Chaque année d'étude est sanctionnée par un examen : anatomie, physiologie et pathologie en première année, théorie et pratique des accouchements en seconde année¹⁵. Les sages-femmes n'ont toujours pas le droit d'employer d'instruments, pourtant il est bien admis qu'elles utilisent des ciseaux pour couper le cordon, des sondes de femme pour le cathétérisme vésical, des canules d'injections vaginales et intra utérines, des aiguilles ou des serres-fines pour la périnéorraphie, un tube laryngien pour les réanimations et l'emploi de tous ces instruments est enseigné à l'école¹³. Certaines sages-femmes ne se cachent pas d'employer des forceps, comme la sage-femme chef de la Maternité de Paris, qui enseigne ainsi sa pose aux élèves¹⁰. Elles sont également autorisées, encouragées et récompensées pour vacciner contre la variole⁴.

1.2.2.3 Des sages-femmes nombreuses aux modes d'exercices variés

Les sages-femmes sont trente mille à être formées pendant la première moitié du dix-neuvième siècle dont quatre mille cinq cents à sortir de la Maternité de Paris entre 1802 et 1880. Ce sont treize mille sages-femmes qui exercent en 1876 et quatorze à quinze mille en 1881, alors que médecins et officiers de santé réunis ne sont à ces mêmes dates que dix et douze mille à pratiquer. Quatre vingt dix pour cent exercent en ville¹⁶, et en 1881, la France dispose en moyenne d'une sage-femme pour 2 810 habitants¹⁴.

Leurs modes d'exercice sont variés. Les sages-femmes en chef et les aides sages-femmes exercent dans les hôpitaux de Paris, tout d'abord à la Maternité de Paris puis dans les autres services d'accouchements quand ceux-ci sont créés en 1881. Elles jouissent d'une grande autonomie mais aussi de grandes responsabilités, ainsi que d'une charge d'enseignement. Elles sont payées six cents à deux mille sept

cents francs par an, soit plus qu'un interne et parfois autant qu'un chirurgien ordinaire. De plus elles sont défrayées, mais leur niveau de vie se dégrade au cours de la période étudiée. Dans les hospices départementaux, les sages-femmes et sages-femmes en chefs sont un peu moins payées, six cents¹⁷ à mille huit cents francs par an¹².

Les sages-femmes agréées de la ville de Paris, dont le corps est créé en 1866, reçoivent chez elles les patientes que l'Assistance Publique leur envoie en période d'affluence dans les maternités. Elles sont rémunérées par l'Assistance Publique, cinquante francs pour l'accouchement et les neuf premiers jours de suites de couches plus un forfait de quatre francs par jour supplémentaire. Ceci représente un revenu brut moyen de sept cent soixante francs en 1874 ; il passe à plus de trois mille francs en 1880, et de six à douze mille francs au début du vingtième siècle, le nombre d'accouchements augmentant. Il convient bien sûr de retirer à ce salaire brut tous les frais que la sage-femme engage pour ses pensionnaires.

Les sages-femmes des Bureaux de Bienfaisance de Paris, sont envoyées chez les patientes indigentes qui se sont signalées. Rémunérées huit francs par accouchement puis quinze en 1880 et enfin vingt en 1910, leur revenu varie en fonction du nombre de patientes indigentes qu'elles prennent en charge. Celles habitant les quartiers ouvriers de la capitale, soit les XI^e, XIX^e, XX^e arrondissements, touchent les plus hauts revenus, soit mille huit cent soixante douze francs environ. Celles des quartiers les plus riches en tirent un revenu bien moindre, cent soixante huit francs en moyenne, mais les Bureaux de Bienfaisance ne représentent pour elles qu'une activité annexe, à côté de leur clientèle de ville.

Les sages-femmes de ville, à Paris ou en province, profession libérale, accouchent les patientes à domicile ou dans leur maison d'accouchement si elles en possèdent une. Leurs honoraires sont libres, mais suggérés comme dans le *Journal des sages-femmes* qui leur propose en 1874 de prendre neuf francs par accouchement et trois francs par visite¹⁸. Soit un total de trente-six francs par patiente pour un accouchement et neuf visites post-partum. Certaines parviennent à se constituer une excellente clientèle, surtout dans les maisons d'accouchement, ce qui peut leur rapporter jusqu'à quatre mille cinq cent francs¹⁹. Devant les disparités de revenus et la concurrence, l'Association des sages-femmes de France propose un taux d'honoraires minimum pour les sages-femmes de Paris, en fonction de la catégorie socioprofessionnelle de la patiente, de la difficulté de l'accouchement, du moment de la journée¹³ (Annexe II).

Les sages-femmes rurales accouchent les patientes à domicile mais sont en quelque sorte des « médecins de campagne », vaccinant, saignant, traitant les maladies des femmes et des enfants. Ce sont majoritairement des sages-femmes de seconde classe, et elles dépassent souvent leurs compétences en cas de pathologie et d'accouchement difficile, car le médecin est difficile à joindre. Elles subissent la concurrence des matrones qui perdurent. Leur clientèle pauvre ne parvient pas toujours à les payer ; c'est pourquoi certaines communes les rémunèrent en échange de leurs services gratuits, en général quelques centaines de francs, et leur financent parfois même un abonnement aux journaux médicaux pour maintenir leur savoir à niveau¹⁶.

Il existe aussi des gardes-malades qui travaillent en collaboration avec un médecin renommé et vont s'installer chez la patiente au moment de ses couches. Elles appellent le médecin au moment de l'accouchement puis restent chez la patiente pour les soins pendant plusieurs semaines. Elles sont bien rémunérées, partageant la vie d'une famille bourgeoise, avant de la quitter pour une autre, mais elles sont décriées par certaines de leurs consœurs pour avoir aliéné leur autonomie à un médecin¹³.

Pour se rendre compte du niveau de vie des sages-femmes de France, il convient de savoir qu'au début du vingtième siècle, un mécanicien parisien gagne entre mille quatre cents et mille huit cents francs par an, une bonne, quatre cent quatre-vingts francs, et qu'un vétérinaire demande, à titre d'exemple, cinquante francs pour une mise bas²⁰. Un kilo de pain blanc coûte environ quarante centimes¹² en 1880, et trente-quatre en 1900, un kilo de viande de bœuf vaut entre un franc cinquante et un franc et soixante-dix. Un timbre vaut trente centimes et un quotidien s'achète quinze centimes en 1878, cinq en 1900²¹.

Ainsi, si des sages-femmes s'assurent un revenu confortable, parfois en contrepartie d'un sacrifice de leur vie de famille et de grandes responsabilités, d'autres se retrouvent fort en difficulté. Ce qui explique que certaines sages-femmes acceptent de pratiquer la vaccination, les soins aux opérés, mais aussi parfois l'exercice illégal de la gynécologie, les placements en nourrice ou encore les avortements.

Les conditions d'exercice sont donc très diverses. Certaines sages-femmes peuvent joindre un médecin à tout moment et d'autres se retrouvent isolées en zone rurale. Même à Paris, obtenir l'aide d'un médecin compétent n'est pas toujours facile.

En effet, jusqu'en 1882, les médecins n'ont pas l'obligation de faire de stage obstétrical et les hôpitaux, excepté Cochin, la Pitié et la Maternité de Paris, n'ont pas de service d'accouchement propre. Les accouchements ont lieu dans le service de chirurgie. C'est pour cela que parfois les sages-femmes n'appellent pas de médecin en cas de dystocie, car elles savent que, même s'il arrive à temps, il sera moins instruit qu'elle-même sur ce qu'il convient de faire. En 1881, une femme décède de rupture utérine car aucun médecin ou chirurgien des douze hôpitaux de Paris n'a pu être contacté²². C'est suite à cet accident que des services d'accouchements et le concours pour des postes d'accoucheurs des hôpitaux sont créés en 1882. Les étudiants en médecine doivent désormais suivre un stage et réaliser des accouchements. Dès lors, les sages-femmes non hospitalières, c'est à dire la majorité d'entre elles, connaissent une concurrence avec les médecins, devenus compétents, qui pratiquent parfois des prix concurrentiels, et avec les hôpitaux, qui grâce à l'avènement de la méthode antiseptique sont devenus des lieux de soins plus sûrs⁴.

2. Étude et résultats

Ce sujet et cette étude ont été choisis en raison de notre intérêt pour l'Histoire en général et l'Histoire de la Naissance et de la profession sage-femme en particulier. Savoir pourquoi et comment certaines conduites à tenir ou thérapeutiques ont été développées, n'intéresse pas que la culture personnelle mais aussi l'exercice quotidien. Il est également important de connaître les grandes évolutions en médecine périnatale, les progrès et les avancées historiques dans ce domaine, non pas pour se féliciter et se reposer sur ses acquis, mais pour continuer dans cette voie de progrès.

Enfin, c'est en France que la sage-femme a actuellement les études les plus complètes et les compétences les plus larges. Il nous semble important de savoir comment s'est organisée cette profession au cours des siècles, comment ces compétences ont été acquises, comment les méthodes de formation et de transmission du savoir se sont progressivement mises en place. Ceci permet d'avoir un éclairage sur sa formation actuelle, ses compétences et leur élargissement actuel et futur.

2.1 Problématique et hypothèses

Il est évident que le domaine de la sage-femme est la grossesse, l'accouchement et les suites de couches physiologiques. Ses compétences sont clairement définies par la loi de l'an XI et sa modification de 1892, et elle sait qu'elle doit faire appel à un médecin ou un chirurgien dès qu'une pathologie survient.

Cependant, les principales causes de mortalité maternelle que sont l'infection puerpérale, les hémorragies, les dystocies en cours de travail, et enfin l'éclampsie sont imprévisibles et nécessitent une prise en charge extrêmement rapide. De plus, la majorité des accouchements a encore lieu au domicile des patientes, assistées par une sage-femme libérale, une sage-femme des Bureaux de bienfaisance de Paris, ou encore chez une sage-femme agréée. En ville, mais encore plus à la campagne, la sage-femme est seule et en première ligne lorsqu'une pathologie survient.

Une question se pose : ***Quel est le rôle de la sage-femme dans la prise en charge de la mortalité maternelle entre 1870 et 1914 ?***

Pour tenter de répondre à cette question, trois hypothèses ont été envisagées.

La première hypothèse est que la sage-femme sait dépister la pathologie même si son domaine d'intervention reste la physiologie. Elle a été formée au diagnostic et à la prise en charge des pathologies pendant ses études.

Ensuite, selon la deuxième hypothèse, la sage-femme, en attendant le médecin, peut mettre en œuvre des thérapeutiques, en fonction de son domaine de compétence, de son droit de prescription et d'utilisation de celles-ci. Mais certaines thérapeutiques, instruments et manœuvres lui sont interdits.

Enfin, dans la troisième hypothèse, il est supposé que les thérapeutiques de cette époque avaient une efficacité relative. Elles étaient découvertes, expérimentées, recommandées et diffusées de plusieurs manières, notamment par les journaux médicaux. Les premières études soulignent le début de *Evidence Based Medicine*, qui s'oppose au savoir empirique des siècles précédents.

2.2 Matériel et méthodes

L'étude est une revue de la littérature. Il a été choisi d'exploiter une revue professionnelle de cette époque : le *Journal des Sages-femmes*, qui paraît entre 1873 et 1914. Ce journal est disponible dans son intégralité à la bibliothèque de l'Académie de Médecine et en partie à la bibliothèque Inter Universitaire de Médecine. Le premier numéro est tiré en 1873 à 1 000 exemplaires. Un an après, il compte 4 000 abonnées (pour 13 000 sages-femmes en exercice). C'est un journal de quatre pages recto-verso, au format A4, bi-mensuel et dont l'abonnement coûte cinq francs pour six mois et huit francs pour un an en France, cinq francs cinquante pour six mois et neuf pour un an en Belgique, en Suisse et en Italie.

Nous avons choisi initialement d'exploiter en totalité les deux premières et les deux dernières années de parution du *Journal* (soit 1873, 1874, 1913 et 1914) afin de comprendre le contexte et les raisons de sa fondation, ainsi que de sa disparition. Ensuite, nous avons exploité trois mois par année de parution (janvier, mai, septembre, soit six numéros par an), afin de parcourir chaque année et d'apprécier au mieux les évolutions du journal, des articles, des connaissances de l'obstétrique et des compétences des sages-femmes. Les mois de janvier et septembre, début

d'année civile et d'année scolaire, sont propices aux évaluations des performances des services, en termes de morbidité et de mortalité. Certains articles se poursuivant sur plusieurs numéros ont été lus en totalité, même lorsque la parution dépassait les mois de janvier, mai et septembre, pour plus de cohérence et d'exhaustivité. Ont également été relevés tous les articles contenant des statistiques de mortalité périnatale et les 120 articles écrits par 58 sages-femmes francophones (françaises, belges et luxembourgeoises).

Les articles traitant d'obstétrique ont été lus en entier, ceux traitant de gynécologie, de pédiatrie systématiquement laissés de côté. Il a été choisi de travailler essentiellement sur la mortalité en fin de grossesse (globalement à partir du sixième mois), en cours de travail et en post-partum, en raison des limites de temps accordées à cette étude.

Différents éléments ont été pris en note. Tout d'abord le contexte de l'article : résumé de cours, cas clinique, courrier, conférence, étude; ensuite les interventions et les traitements expliqués par l'auteur, ainsi que les acteurs présents : sage-femme, médecin, chirurgien, interne, élève sage-femme. Nous avons noté précisément, pour chaque cas clinique, quelles actions avaient été réalisées et par qui, ainsi que l'issue des opérations, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Pour les résumés de cours et de conférences, ont été relevés les arguments des intervenants concernant les différentes conduites à tenir, ainsi que les méthodes et les résultats des études réalisées.

Ces articles sont de longueur très variable, certains ne sont composés que de quelques lignes de correspondance entre la sage-femme et le journal à propos d'un cas. D'autres couvrent une à deux pages recto-verso par numéro et sont répartis sur plusieurs mois voire parfois toute une année. Enfin, les sommaires de tous les numéros des quarante et une années de parution ont été parcourus, ainsi que les pages de réclames, qui fournissent des informations sur la vie économique du journal.

Au total, ce sont 657 articles qui ont été lus, annotés, résumés et exploités, soit environ 200 heures de travail.

Plusieurs journaux médicaux voient le jour à cette époque: le *Journal des Sages-femmes* en 1873, les *Archives de Tocologie* peu après en 1874, le *Parfait Nourricier*. La plupart semblent disparaître en 1914. Pour le *Journal des sages-*

femmes, ceci peut s'expliquer par le décès du rédacteur en chef et fondateur du journal en juin, ajouté à la mobilisation générale annoncée peu de temps après.

Une raison de l'apparition de ces journaux est, comme nous l'avons déjà dit, la peur de la dépopulation et de la « dégénérescence de la race », ainsi qu'une plus grande attention portée à la santé des populations. Cette hypothèse pourrait être confirmée par l'existence d'une deuxième vague d'apparition de journaux, au moment de l'entre-deux-guerres.

Le 21 mars 1884, la loi Waldeck-Rousseau abroge la loi Le Chapelier qui avait supprimé les corporations médicales en 1791. Les sages-femmes peuvent à présent se regrouper en syndicats, et désormais faire entendre leurs revendications grâce à la presse. Ces journaux se nomment par exemple « *La sage-femme* », « *La Revue professionnelle des sages-femmes* ».

Dans le premier numéro du *Journal des sages-femmes*, Hector Fontan, rédacteur en chef, explique d'une manière quelque peu condescendante, démontrant assez bien comment les sages-femmes, étaient perçues par le corps médical à cette époque, pourquoi il a tenu à fonder ce journal :

« Nous sommes persuadés que notre journal peut rendre de très grands services en faisant de la science, mais pas une science trop profonde; en sachant parler à des femmes, c'est-à-dire en leur présentant les faits débarrassés de ces longues et fastidieuses dissertations qui souvent n'apprennent rien, mais qui ont toujours le don d'ennuyer et de fatiguer, surtout une femme dont le système nerveux est plus impressionnable. Notre but est de susciter par notre journal une certaine union entre les représentants nombreux de l'intéressante classe des sages-femmes à qui est dévolu peut-être le plus beau rôle dans la famille médicale. »²³

Louis De Veyran, administrateur gérant rappelle ensuite la présence de la sage-femme à un moment certes naturel mais non moins dangereux pour la mère et l'enfant, celui de la naissance. C'est elle qui donne les premiers soins qui influencent la suite de la vie de ces deux êtres. Ainsi, pour que ces soins soient les meilleurs possibles, il faut que les sages-femmes soient au courant des modifications en matière de traitements, de « conduite à tenir » face aux pathologies. C'est dans ce but que le *Journal des Sages-femmes* est fondé, pour relayer auprès de celles-ci les changements concernant l'exercice de leur art par un moyen moins cher et plus accessible que les livres. Plus encore, le journal entend tenir informées les lectrices

de ce qui touche à la puériculture et à la gynécologie.

Enfin, les auteurs souhaitent rappeler leurs droits et leurs devoirs aux sages-femmes, et ainsi faire respecter leur profession face aux matrones.

Le *Journal des Sages-femmes* présente un recueil de cas cliniques dont la plupart se situent dans les maternités des grandes villes, des conseils ou encore un mémento de conduites à tenir sur par exemple la présentation du siège, les insertions vicieuses du placenta ou la fièvre puerpérale. Plus encore, il propose des articles de droit sur l'exercice de la profession, des courriers de lectrices qui font part de leur expérience à leurs consœurs, ou encore une revue de presse des grands journaux médicaux de France et d'Europe. Il recommande également les ouvrages nouvellement parus dans le domaine de l'obstétrique, de la pédiatrie, de l'hygiène. Le *Journal* est également composé « d'articles de curiosité », de « recettes de grand-mères », d'annonces pour des cours d'accouchement ou de clientèle à céder. S'y ajoutent les pages de réclames, un à deux feuillets selon les années, qui proposent des antiseptiques, des fortifiants, ou des vaccins contre la variole, avec souvent des prix avantageux ou des échantillons pour les abonnées.

Les auteurs des articles sont en majorité des médecins. Quelques sages-femmes, quoique minoritaires, envoient leurs articles à la rédaction, et les courriers proviennent des quatre coins de la France laissant supposer que le journal est assez répandu. La publication s'adresse aux sages-femmes, cependant, les médecins y décrivent leurs interventions, notamment forceps, césarienne, ou encore embryotomie, manœuvres qui étaient formellement interdites aux sages-femmes.

2.3 La mortalité maternelle entre 1870 et 1914

Au dix-neuvième siècle, les principales causes de mortalité pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont les infections, les hémorragies, les complications de la pré-éclampsie et les dystocies en cours de travail. D'autres causes telles que les accidents thromboemboliques ou la décompensation d'une affection cardiaque ou pulmonaire sont des causes mineures, qui ne seront pas exploitées ici faute de temps.

Le début de grossesse n'est pas non plus exempt de dangers pour la femme, en raison principalement des fausses couches hémorragiques spontanées ou

provoquées et des grossesses extra utérines suivies de rupture tubaire. Ces accidents sont souvent, dans la période étudiée, pris en charge par la sage-femme. En effet, à la campagne, celle-ci exerce des fonctions qui vont bien au delà de la pratique des accouchements eutociques. De plus, même en ville où un médecin est plus facilement disponible, les jeunes filles et les femmes préfèrent avoir recours à la sage-femme pour des raisons de pudeur.

Les infections représentent la principale cause de décès en péri partum. Ainsi, ce sont jusqu'à 20% des accouchées qui décèdent durant les grandes épidémies de fièvre puerpérale en 1860 à la Maternité de Paris.

Les hémorragies ont lieu soit pendant la grossesse, en raison d'un placenta prævia, soit en cours de travail, par hémorragie de la délivrance, ou hémorragie des parties génitales.

La pré-éclampsie, nommée albuminurie puis éclampsisme entraîne des complications pouvant être mortelles comme l'éclampsie ou l'hématome rétro placentaire.

La dystocie en cours de travail peut entraîner la mort de diverses façons, soit par infection en raison d'une durée d'ouverture de l'œuf importante et de gestes répétés, soit par hémorragie causée par atonie utérine suivant la délivrance ou des lésions importantes des organes génitaux ou encore par rupture utérine.

La préoccupation des auteurs du *Journal des Sages-femmes* varie en fonction des décennies. Jusqu'en 1880-1890, ce sont les infections qui constituent la principale inquiétude des accoucheurs. Avec la généralisation de la méthode antiseptique, en ville et à l'hôpital, ce sont des centaines de femmes qui sont épargnées chaque année. Les accoucheurs semblent ensuite s'interroger sur les moyens de lutter contre les dystocies. Grâce aux progrès de l'asepsie et de l'anesthésie, la césarienne se développe. La prise en charge des prématurés, permet de déclencher un accouchement avant terme dans le cadre d'un bassin rétréci sans mettre en jeu la vie de l'enfant. Tous ces progrès favorisent la survie de la mère et de l'enfant à l'issue de l'accouchement. Enfin, les praticiens s'interrogent au début du siècle dernier sur les causes de la pré-éclampsie, et sur ses traitements. La prise en charge de l'hémorragie quant à elle occupe les chirurgiens durant toute la période étudiée.

2.4 La fièvre puerpérale, le fléau des maternités du Dix-neuvième siècle

La lutte contre l'infection ou fièvre puerpérale représente la plus grande victoire contre la mortalité maternelle de cette période. L'infection représente 91,9% des décès à Paris au dix-neuvième siècle, jusqu'aux progrès de l'asepsie. Au contraire, en province, comme à Tulle par exemple, elle ne représente que 36% des décès. La différence entre Paris et la Province s'explique par la plus petite taille des maternités, et par un nombre de patientes beaucoup plus restreint. Les sages-femmes font partie des acteurs principaux de ce combat. Comme elles pratiquent la majorité des accouchements, la prophylaxie de l'infection leur incombe, comme le rappelle le Docteur Bouilly lors du discours de remise des prix de la Maternité de Paris en 1888 :

*« Eh bien! Mesdames, j'ai insisté sur ces accidents [soit les accidents puerpéraux : éclampsie, hémorragie et infection puerpérale] et sur leur genèse, parce que contre eux vous pouvez beaucoup, parce que dans votre pratique vous devez viser leur prophylaxie, parce que vous devez sans cesse songer à leur traitement préventif, parce que vous pouvez prévenir, tandis que nous [les médecins], nous ne sommes pas toujours sûrs de guérir ».*²⁴

2.4.1 La lente identification de la maladie et de ses causes

Selon Pierre Budin, accoucheur parisien de la fin du dix-neuvième siècle, ancien élève de Tarnier, la sage-femme doit savoir reconnaître les signes de l'infection puerpérale : hyperthermie supérieure à 38° Celsius, parfois accompagnée de frissons, douleurs abdominales, lochies fétides, tachycardie. L'utérus est mou et douloureux, le col entrouvert. Devant ce tableau, la sage-femme doit appeler un médecin qui prescrira les soins adéquats. En l'absence de soins efficaces, l'infection peut gagner l'abdomen et provoquer une péritonite. S'en suivront des signes cliniques tels que délire et diarrhée. Une atteinte respiratoire et la mort par septicémie sont les conséquences ultimes de l'infection.

La sage-femme ne doit pas chercher à soigner seule les infections, au risque d'aggraver la situation. Elle peut d'ailleurs être poursuivie et condamnée pour

propagation d'épidémie de fièvre puerpérale dans sa clientèle, si elle ne respecte pas les mesures d'hygiène en vigueur. La sage-femme doit également être instruite de la manière dont se propage la fièvre puerpérale.

Si l'infection puerpérale est connue depuis la nuit des temps, les médecins ne s'accordent pas sur sa cause. Au dix-septième siècle, époque marquée par les premières épidémies hospitalières, Puzos défend la théorie de la fièvre laiteuse, selon laquelle le lait, au lieu de s'écouler par les seins, reflue dans l'utérus et prend la forme de lochies purulentes et fétides. Théorie qui est remise en question au dix-huitième siècle, où le médecin anglais Gordon étudie la contagiosité de la fièvre puerpérale, et soupçonne les soignants d'en être le vecteur.

À Vienne, en 1854, le docteur Semmelweis observe que la mortalité par infection dans l'hôpital où les accouchements sont assistés par des médecins est supérieure à celle de l'hôpital où les accouchements sont pratiqués par des sages-femmes. Observant que les médecins pratiquent également des autopsies, il en déduit que les médecins transportent par leurs mains l'infection aux nouvelles accouchées. Il propose à ceux-ci un lavage des mains au chlorure de chaux entre les deux activités. La mortalité par infection chute alors de 12% à 2,4%.

Stéphane Tarnier s'intéresse aux travaux de Semmelweis et la thèse de médecine qu'il soutient en 1857 a pour titre : *Recherche sur l'état puerpéral et les maladies des femmes en couches*. Dans cet ouvrage, il compare la mortalité par infection puerpérale dans différents groupes de femmes : Les femmes accouchant en milieu hospitalier (Maternité de Paris, Cochin et hôpital des Cliniques) et les femmes accouchant à leur propre domicile ou chez une sage-femme des Bureaux de Bienfaisance, dans le XII^e arrondissement de Paris. La mortalité à l'hôpital est 17 fois supérieure à celle en ville. En effet, la mortalité moyenne à la Maternité de Paris varie de 5% à 10% selon les années mais atteint un pic de 20,26% en 1864²⁵, tandis que la mortalité en ville oscille entre 0,35% et 1,26%²⁶. A tel point que l'administration, les chirurgiens et les médecins se posent la question de fermer les grandes maternités.

Tarnier conclue sa thèse en affirmant que la contagion est une des causes de la fièvre puerpérale, ce qui n'est pas admis par tous les médecins. Le caractère infectieux, est progressivement accepté par tous, même si le germe en cause ne sera identifié que plus tard. Pourtant, les médecins reconnaîtront difficilement que ce germe est porté par les mains des soignants.

Lorsqu'il devient chirurgien à la Maternité de Paris, Tarnier met en œuvre des actions

pour éviter la contagion. En 1870, il obtient la séparation des femmes saines et des femmes malades, dans de petits pavillons dont les murs sont passés à la chaux. Les personnels et les élèves deviennent distincts pour les deux services et les internes qui font les autopsies n'ont pas le droit d'aller pratiquer un accouchement immédiatement après. De 1870 à 1881, la mortalité passe de 9,3% à 2,3%²⁷.

En Angleterre, Lister obtient la guérison de plaies chirurgicales avec de l'acide phénique en 1867. Les docteurs Lucas-Championnière et Budin, élèves de Tarnier, sont conquis par sa méthode antiseptique, pourtant boudée en France. Enfin, en 1878, Pasteur présente à l'Académie de Médecine le « streptococcus pyogène », qu'il a identifié comme le responsable de l'infection puerpérale. Médecins et chirurgiens reconnaissent enfin le caractère infectieux et contagieux de l'infection puerpérale. Ils admettent également que le personnel soignant et les instruments utilisés en sont les vecteurs¹³. La méthode antiseptique se met en place dans les maternités : acide phénique, acide borique, acide salicylique, eau oxygénée, naphthol, sulfate de cuivre, permanganate de potasse, sublimé dit corrosif puis plus tard teinture d'iode sont largement utilisés.

2.4.2 L'autorisation tardive pour les sages-femmes d'employer les antiseptiques

La question d'autoriser les sages-femmes à utiliser les antiseptiques se pose dans les années 1890, dix ans après l'arrivée de la méthode antiseptique dans les hôpitaux. Avant cette date, seules les sages-femmes des maternités de Paris peuvent les utiliser légalement. À partir de 1882, l'Assistance Publique met gratuitement à disposition des sages-femmes agréées de l'acide phénique. Cette mesure ne concerne cependant qu'une minorité de sages-femmes. Les autres se retrouvent face à un choix difficile : utiliser des antiseptiques alors que la loi ne les y autorise pas, ou bien ne pas les utiliser, alors que leur importance est démontrée depuis plusieurs années. Le *Journal des Sages-femmes* publie des articles où médecins et sages-femmes sont scandalisés devant le refus de certains pharmaciens de délivrer des antiseptiques à ces dernières²⁸.

Les médecins sont partagés sur la question. Beaucoup estiment que les sages-femmes doivent avoir accès aux antiseptiques pour le lavage des mains, des instruments, et la toilette vulvaire et vaginale de la parturiente. D'autres estiment que les antiseptiques peuvent être dangereux s'ils sont mal employés et ne font pas confiance aux sages-femmes pour réaliser leur correcte dilution dans l'eau bouillie.

« Comment donc les sages-femmes, avec leur instruction le plus souvent si élémentaire sauront-elles discerner ces états morbides [albuminurie, gingivite, entérite et dysenterie] et se préserver de déboires presque inévitables? » Une commission mandatée par le Ministère de l'intérieur, formée par Messieurs Bourgoin, Brouardel, Guéniot, Nocard et Budin est chargée d'examiner la question. Elle estime qu'une formation des sages-femmes à l'emploi des antiseptiques est nécessaire.

« Il faut être logique. Vous permettez aux sages-femmes l'emploi des agents toxiques les plus actifs. Elles peuvent ordonner, à volonté, la morphine, l'opium sous toutes ses formes, le chloroforme, la strychnine [...] d'aconitine, etc. Vous leur permettez des manœuvres, qui, à elles seules, peuvent tuer la femme: version, délivrance artificielle, etc; et vous leur refusez l'autorisation d'user d'antiseptiques relativement inoffensifs

Il est vrai que vous leur permettez l'emploi du sublimé, et rien que du sublimé. Sans doute parce que c'est le plus dangereux de tous.

Laissez donc les sages-femmes libres du choix de l'antiseptique qu'elles voudront employer. C'est la meilleure garantie contre les accidents, car le jour où le pharmacien leur aura délivré cet antiseptique, elles deviendront de ce seul fait responsables, et, s'il survient un accident, on saura au moins où trouver la coupable et faire un exemple.

Sachant qu'elles sont responsables, que c'est à leurs risques et périls qu'elles ont le droit d'ordonner et de manier ces agents plus ou moins toxiques qui constituent les antiseptiques, les sages-femmes deviendront plus soigneuses, plus prudentes. »

Finalement, la commission tranche en 1892 et autorise les sages-femmes à prescrire et utiliser du sublimé, sous la forme de paquet de 25 grammes de sublimé corrosif, associé à un gramme d'acide tartrique et un milligramme de solution alcoolisée de carmin d'indigo. Le paquet porte la mention « poison », sur une étiquette rouge. Sont également autorisées les doses de 30 grammes de vaseline au sublimé 1%²⁹. Le colorant de carmin d'indigo permet à la sage-femme de ne pas confondre le sublimé, soit le bichlorure de mercure, avec de l'eau pure et d'éviter les accidents. En effet, vingt cas de décès par intoxication mercurielle en injections intra-utérines depuis l'introduction du sublimé par Tarnier sont décrits entre 1882 et 1884. Les symptômes sont un érythème, un prurit, l'apparition de vésicules sphériques un peu aplaties, une

stomatite, un gonflement de la langue et des muqueuses, une salivation associée à un goût métallique dans la bouche, des ulcérations des joues, des coliques et une diarrhée aqueuse ou verdâtre glairo-sanglante. La température est normale ou abaissée. Les facteurs de risque identifiés sont la pré-éclampsie, un travail prolongé, des manœuvres ou opérations, une hémorragie. La sage-femme doit savoir reconnaître ces signes d'intoxications et connaître la principale contre-indication du sublimé à savoir la pré-éclampsie. Dans ce cas, elle doit normalement prévenir le médecin, car lui seul peut employer les autres antiseptiques. La proposition de Tarnier pour que les sages-femmes puissent prescrire le sulfate de cuivre en cas d'albuminurie n'est pas retenue, ce qui n'est pas toujours appliqué, la *Revue professionnelle des sages-femmes* reconnaissant en 1911 que les sages-femmes peuvent se procurer d'autres antiseptiques que le sublimé sans ordonnance.

2.4.3 Des mesures d'hygiène de plus en plus draconiennes

Le Professeur Tarnier recommande aux sages-femmes de faire attention à l'environnement de la chambre de l'accouchée. Celle-là doit être bien aérée, spacieuse, bien éclairée et soigneusement nettoyée avant le début du travail²⁸. La sage-femme doit avoir à sa disposition pour chaque accouchement des paquets de sublimé corrosif et de la vaseline. Avant chaque examen vaginal, chaque accouchement ou chaque manœuvre elle doit au préalable se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon, et se brosser les ongles. Ensuite elle recommence ce lavage avec la solution de sublimé. Enfin, elle enduit le ou les doigts dont elle se sert pour examiner la femme, de vaseline sublimée. Un condom sur le doigt et des gants de caoutchouc commencent à être utilisés dès 1895 à la Maternité de Paris³⁰. La sage-femme réalise la toilette de la parturiente avant et après l'accouchement avec cette même solution. En cas de geste invasif, délivrance artificielle par exemple, des injections vaginales et intra utérines sont réalisées avant et pendant plusieurs jours en suite de couches. Il en est de même si la patiente présente des facteurs de risque d'infections : accouchement d'un enfant mort et macéré, rétention des membranes. À la Maternité de Paris, en cas de transfert d'une patiente infectée en cours de travail, les injections sont rapprochées durant celui-ci et bi ou tri-quotidiennes ensuite. Normalement la sage-femme n'a pas le droit de pratiquer les injections intra utérines seule²⁹, ce qui ne semble pas être respecté puisque quatre sages-femmes pratiquent des injections de leur propre initiative, y compris avec d'autres antiseptiques que le sublimé, et le rapportent dans le *Journal des Sages-femmes*.

Il est de la responsabilité de la sage-femme d'effectuer la toilette vulvaire quotidienne de l'accouchée et de s'assurer que ses protections intimes et les draps du lit sont changés fréquemment. Elle surveille également sa température plusieurs fois par jour. Les instruments qu'utilise la sage-femme, tels que ciseaux ou sonde urinaire, doivent être désinfectés par une solution de sublimé, avant et après chaque utilisation. Ils peuvent aussi être flambés à l'alcool ou étuvés. Dans les hôpitaux, les autoclaves commencent à être utilisés dans les années 1880.

L'acide phénique et le sublimé sont peu à peu abandonnés au profit de l'eau oxygénée, de la teinture d'iode, et de l'hypochlorite de soude moins dangereux mais aussi puissants. Les antiseptiques actuels tels que le Dakin®, l'Amukine®, l'eau de Javel et la Bétadine® en sont les « descendants ». À la veille de la première guerre mondiale, les accoucheurs reviennent sur la pratique systématique des injections vaginales en suites de couches qui provoquent des lésions des tissus et risquent par là même de favoriser l'entrée des germes dans l'organisme; ils préfèrent alors les réserver aux patientes présentant les premiers signes d'infection³¹.

Si une patiente déclare une infection puerpérale, la sage-femme doit appeler le médecin. Si la femme a accouché à l'hôpital, elle est transférée dans le pavillon des femmes malades. À la Maternité de Paris, une sage-femme vit 365 jours par an dans ce pavillon, sans aucun contact avec les autres sages-femmes ou le personnel de la Maternité. Si la patiente a accouché à domicile, la sage-femme qui s'en occupe doit cesser de visiter ses autres patientes. Comme les médecins se doutent que les sages-femmes n'arrêteront pas leurs visites en raison du manque à gagner, ils leur recommandent toutefois de terminer leurs visites par la patiente malade³².

Le médecin peut choisir de transférer la patiente à l'hôpital ou de la laisser chez elle. Une fois transférée, il peut pratiquer alors un curetage utérin au doigt ou à la curette ainsi qu'un écouvillonnage pour enlever les débris putrides de l'utérus. Les injections vaginales et intra utérines d'antiseptiques sont prescrites de manière rapprochée. Un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée est parfois mis en place. En cas d'infection grave, l'hystérectomie est discutée. Très en vogue au début du vingtième siècle, les abcès de Fochier ou abcès de fixation à la térébenthine sont sensés permettre de « fixer » l'infection en un point défini. Le principe est d'injecter sous la peau du flanc, le long de la ligne mamelonnaire, un centimètre cube d'essence de térébenthine, deux fois par jour³³. La térébenthine est sensée agir sur le streptocoque, en provoquant une hyperleucocytose et en augmentant le pouvoir

opsonique du sang.

Une étude menée à Lyon en 1909 rapporte les résultats suivants. Dans un premier groupe les patientes reçoivent un traitement par térébenthine pendant trois mois: la morbidité y est de 11% à 23%. Une seconde expérience où les patientes sont réparties dans deux groupes : l'un est traité par térébenthine pendant un mois et l'autre non. La morbidité est de 2,3% dans le groupe traité tandis qu'elle est de 11,6% dans le groupe non traité. Le nombre de patientes incluses n'est pas connu, ni les critères d'inclusion. Grâce à des moyens tels que l'injection prophylactique de térébenthine après la délivrance, les lavages intra utérins, voire l'hystérectomie en cas d'infection très grave, le Professeur Fabre qui rapporte l'étude expose que la mortalité dans les hôpitaux de Lyon est devenue inférieure à celle rencontrée en ville³⁴.

Les statistiques prouvent les progrès dans la prévention et le traitement de l'infection puerpérale. En 1900, la mortalité maternelle à la Clinique Baudelocque n'est plus que de 0,13%. Budin rapporte qu'entre 1898, moment où il prend son poste à la Maternité de Paris et 1905, sur 11 000 accouchements il n'a eu à déplorer que 26 décès, soit 0,24%. Il insiste par ailleurs sur le rôle et les responsabilités importantes des sages-femmes dans la pratique de l'asepsie³⁵.

2.5 Les dystocies en cours de travail

2.5.1 Origines et causes des dystocies

Les causes de dystocies en cours de travail sont nombreuses. En premier lieu se trouve la disproportion fœtopelvienne en cas de fœtus macrosome ou simplement eutrophe devant passer dans un bassin malformé. Les types de bassins viciés sont divers : bassin rachitique avec un rétrécissement général, mais surtout antéro postérieur, malformation de la colonne vertébrale ayant un retentissement sur le bassin ; la cyphose lombo-sacrée par exemple. Plus la cyphose est basse, plus le risque de déformation du bassin est grand. De même pour la lordose et certaines scolioses qui déforment le bassin. D'autres déformations telles que le bassin oblique ovalaire dit de Naegelé ou des maladies comme le Mal de Pott avec gibbosité entraînent des dystocies³⁶.

Les dystocies peuvent également être causées par un obstacle prævia tels que fibromes ou kystes, des malformations utérines ou vaginales (utérus bi corne,

cloisons vaginales par exemple).

Les présentations non céphaliques, parfois favorisées par les anomalies suscitées sont une cause de dystocie. Face, front, bregma, siège, transverse sont ainsi fréquemment rencontrés, surtout chez les grandes multipares, nombreuses à cette époque.

2.5.2 Les dangers d'un travail long

Les dystocies en cours de travail peuvent entraîner la mort de plusieurs façons. Tout d'abord par infection, et ce d'autant plus que la durée d'ouverture de l'œuf est grande et le nombre d'examens et de manœuvres important. En effet, les accoucheurs et les sages-femmes de la période étudiée sont bien plus tolérants à propos de la durée du travail que ne le sont les praticiens d'aujourd'hui. De nombreux cas cliniques du *Journal des Sages-femmes* rapportent des travaux d'une durée de plusieurs jours. L'attitude de la sage-femme et du médecin réside souvent dans l'expectative. Pajot décrit ainsi en 1887 un accouchement spontané qui dure 74 heures et conclut ainsi : « *Dans des cas semblables la science de l'accoucheur consiste à savoir ne rien faire, et il en est ainsi dans les 3 (sic) quarts des cas. [...] il faut, avant tout, pour être accoucheur, trois choses : 1e (sic) de la patience, 2e (sic) de la patience, 3e (sic) de la patience* »³⁷.

La mort peut survenir par hémorragie, par lésion des organes génitaux lors de manœuvres, ou par l'atonie utérine qui suit fréquemment un travail long et difficile. La rupture utérine est une des complications majeures d'un travail hautement dystocique. Le professeur Pajot publie en 1884 une statistique portant sur 440 cas de rupture utérine parmi lesquels il dénombre 404 femmes mortes. Dans 263 cas l'état de l'enfant est rapporté: 243 sont morts³⁸.

2.5.3 L'examen du bassin comme moyen prédictif des dystocies

La prévention des dystocies réside tout d'abord dans un examen clinique soigneux. Idéalement il devrait avoir lieu en pré-conceptionnel voire en pré nuptial pour les patientes ayant un fort risque d'avoir un bassin vicié. Celles-ci, parfois amenées par leurs parents, viennent se faire examiner par un praticien afin de savoir si ceux-ci autorisent le mariage et la maternité. Les accoucheurs peuvent rapidement avoir une idée sur le caractère pathologique d'un bassin par l'observation. Les femmes rachitiques par exemple, ont un physique caractéristique, la taille est petite

voire très petite, en dessous d'un mètre cinquante, les fémurs sont arqués, la marche a été très tardive. Cette maladie, due à un déficit en vitamine D, est très répandue en France au dix-neuvième siècle. En effet, le pays ne dispose pas d'un taux d'ensoleillement suffisant pour permettre au corps de synthétiser suffisamment de vitamine D. De plus, à cette époque, les ouvriers vivent en ville dans des logements parfois insalubres et privés de lumière, et les enfants souffrent de malnutrition. En 1906, le docteur Rousseau Saint Philippe envisage la prophylaxie du rachitisme par les « Gouttes de Lait »³⁹. Ce sont des lieux, créés au dix-neuvième siècle, où les mères nécessiteuses peuvent recevoir du lait de qualité contrôlée et à bas prix pour leur nourrisson. Si les effets sur le rachitisme de l'huile de foie de morue, riche en vitamine D, sont connus dès 1824, aucun article du *Journal des Sages-femmes* ne fait référence à celle-ci. Au début du dix-neuvième siècle, elle est employée comme moyen curatif sur les enfants déjà atteint de rachitisme.

L'examen du bassin se pratique au doigt, rarement avec le compas de Baudelocque. Celui-ci, inventé par le célèbre chirurgien du début du dix-neuvième siècle, lui a permis de mesurer pour la première fois les diamètres du bassin féminin. L'examen comprend l'exploration de toutes les parties accessibles, et la mesure du diamètre antéro postérieur appelé aussi diamètre de Baudelocque. Il correspond à l'actuel diamètre promonto rétro pubien ; l'opérateur mesure avec son doigt la distance entre le promontoire et la symphyse lors d'un toucher vaginal. Ensuite il reporte la mesure sur une règle et retire un centimètre et demi afin d'estimer le vrai diamètre. Un bassin extrêmement vicié à l'examen clinique, un promontoire atteignable au doigt, un diamètre antéro postérieur inférieur à neuf centimètres et demi laissent présager un accouchement difficile. Les accoucheurs du *Journal des Sages-femmes* décrivent fréquemment ce genre d'examen, la manière de procéder, leurs conclusions et leur conduite à tenir.

Parfois la patiente vient seulement consulter en ante natal. A partir de 1900, les accoucheurs recommandent un examen du bassin et de la présentation fœtale chez toutes les femmes enceintes, afin de pouvoir verser le fœtus en cas de présentation non céphalique et de pouvoir décider d'une conduite à tenir à l'accouchement en cas de bassin malformé. Trois cas de sages-femmes pratiquant une version par manœuvres externes sont mentionnés dans le *Journal des Sages-femmes*. Selon les recommandations en cours, il convient ensuite de fixer la présentation par un bandage abdominal. La version par manœuvres externes est tentée pour la première fois en 1878 par Pinard. Il met également en place les

premières consultations de suivi de grossesse à la clinique Baudelocque en 1897. En 1904, plus de 45 000 femmes sont venues se faire examiner. Pour autant, le suivi de la grossesse est loin d'être généralisé, et c'est souvent après plusieurs accouchements très difficiles que le diagnostic de bassin rétréci est porté. Une fois le travail commencé, s'il tarde à se terminer, la sage-femme ou l'accoucheur ont à leur disposition des moyens permettant de l'accélérer.

2.5.4 La direction du travail

2.5.4.1 La rupture artificielle des membranes

Un des moyens de diriger un travail long est la rupture artificielle des membranes. Or les sages-femmes n'ont le droit de la pratiquer qu'à dilatation complète. En effet, si la présentation est autre que celle du sommet bien fléchi, l'écoulement des eaux va la fixer définitivement. De plus, les manœuvres telles que la version podalique sont plus faciles à membranes intactes ou juste après la rupture. L'interdiction de rompre les membranes avant la dilatation complète est informelle. Cinq cas cliniques rapportent que des sages-femmes ont pratiqué une rupture intempestive, et les rapporteurs de ces cas ne manquent pas de les condamner. Tarnier énonce ainsi dans sa chronique d'accouchement et de gynécologie.

« On appela une sage-femme qui arriva à 3 (sic) heures, et, après avoir examiné la femme, déclara qu'elle sentait bien l'enfant, mais ne savait pas comment il se présentait. Savez-vous quelle fut sa conclusion après cet examen qui ne lui apprit pas la présentation? Elle rompit les membranes... C'est une faute irréparable qui a entraîné la mort de l'enfant et aurait pu entraîner aussi celle de la mère.

Toutes les fois que l'on a une présentation indécise, la dilatation n'étant pas complète, il faut bien se garder de rompre la poche des eaux, parce qu'on ne sait pas ce qu'il y a derrière cette poche des eaux. On peut avoir besoin de faire la version. Au contraire, quand la dilatation est complète, on peut faire ce que l'on veut. On se prépare à ce qu'il y a de plus mauvais, de manière à ne pas être surpris si on a affaire à une présentation de l'épaule. On est prêt à faire la version dans ce dernier cas, tandis qu'on se frotte les mains avec satisfaction et que l'on attend en disant: il n'y a rien à faire, si l'on a comme présentation le sommet, la face ou les pieds.

Si, contrairement à ces règles d'une bonne pratique, vous faisiez ce

qu'a fait, dans le cas dont nous nous occupons, la sage-femme appelée, vous vous exposeriez aux plus graves accidents »⁴⁰

2.5.4.2 L'ergot de seigle et ses dérivés

Un autre moyen, interdit car dangereux, mais parfois utilisé est l'emploi du seigle ergoté, dont deux cas retrouvés dans le *Journal des Sages-femmes*. L'ergot de seigle est un champignon, *claviceps purpurea*, qui se développe sur le seigle en prenant une forme d'ergot de coq, d'où son nom.

Ses propriétés utéro-toniques sont rapportées par Adam Lonitzer de l'université de Francfort en 1582 et il est utilisé par les matrones dès le Moyen-âge.

L'ergot de seigle se broie et s'administre sous forme de poudre. Son extrait aqueux est nommé ergotine et son alcaloïde ergotinine. L'action de l'ergot de seigle est variable suivant les récoltes et la fraîcheur de la poudre. La forme de poudre est progressivement abandonnée au profit des solutions aqueuses d'ergotine telle que l'ergotine Yvon ou Bonjean dont les publicités fleurissent en dernière page du *Journal des Sages-femmes*. L'ergotine présente l'avantage de pouvoir être administrée en injections hypodermiques. Elle est plus sûre que l'ergot de seigle car les préparations sont calibrées, la dose injectée est connue, elle présente moins de risque d'effets secondaires et son action est plus rapide. En outre, elle peut être injectée sans l'accord de la patiente, précise Lucas Championnière dans le *Journal des sages-femmes* du 16 mai 1880⁴¹.

Les effets secondaires rapportés dans les cas cliniques du *Journal des sages-femmes* sont des assoupissements, des céphalées, des douleurs, une arythmie cardiaque, une polypnée, une agitation aussi nommée « ébriété par le seigle ergoté ». L'utilisation de seigle ergoté en cours de travail comprend un risque d'hypertonie, de contracture du col, donc d'hypoxie/anoxie voire de mort fœtale in utero (20%) et de rupture utérine. Tarnier rapporte également un risque de rétention de caillot et de phlébite. C'est pour cela qu'il proscriit l'ergot de seigle à la Maternité de Paris⁴², selon les recommandations du professeur Pajot : « *Pas d'ergot de seigle tant que l'utérus n'est pas vide* ».

Historiquement, il est responsable d'une atteinte nommée « Mal des ardents » ou encore « Feu de Saint Antoine », caractérisée par une gangrène des extrémités, des convulsions, ou des délires hallucinatoires pouvant parfois entraîner la mort. Ces manifestations sont déclenchées par l'absorption d'ergot de seigle via la farine et le pain. En effet, son principe actif, qui sera découvert au vingtième siècle, est

l'ergométrine, qui agit sur le système nerveux et provoque une vasoconstriction. Elle appartient à la famille des dérivés de l'acide lysergique, dans laquelle se trouve également le LSD, d'où les délires hallucinatoires. Actuellement la méthylergométrine (Méthergin®) est parfois utilisée en gynécologie obstétrique.

2.5.4.3 L'extrait de posthypophyse

Au début des années 1910, les accoucheurs allemands commencent à utiliser des extraits hypophysaires pour diriger le travail et lutter contre les hémorragies de la délivrance par atonie utérine. Le principe actif est nommé pituitrine. Les extraits hypophysaires contiennent en réalité deux hormones : l'ocytocine et l'hormone antidiurétique.

En 1914 une étude est réalisée à la clinique Tarnier⁴³ : la pituitrine se révèle inefficace dans le déclenchement du travail ou de l'avortement thérapeutique, mais trouve une indication dans les dystocies par hypocinésie. Elle permet également au fœtus de s'engager dans le bassin, évitant les forceps au dessus du détroit supérieur. Des contre-indications sont énoncées : la disproportion fœtopelvienne franche, les situations à risque de rupture utérine, les présentations dystociques, les signes d'asphyxie fœtale, une affection maternelle d'origine cardiaque, rénale, pulmonaire ou une éclampsie. La pituitrine peut être administrée préventivement au cours d'une césarienne ou pour accélérer la délivrance.

Son utilisation comporte des risques d'hypercinésie, d'asphyxie fœtale et d'hémorragie méningée, de contracture du col, de compression du cordon et d'atonie utérine post-partum si elle est utilisée en cours de travail. Un contrôle régulier des bruits du cœur au stéthoscope, dit stéthoscope de Pinard, est indispensable.

2.5.5 Intervention de la sage-femme

Une des premières prise en charge de la sage-femme est d'appeler un médecin dès le diagnostic de dystocie posé. En effet, selon l'article 4 de la modification de la loi de Ventôse an XI de 1892 : « *Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé* ».

Cependant le médecin n'est pas toujours disponible. La sage-femme peut souvent pratiquer des manœuvres pour hâter l'accouchement.

2.5.5.1 La version par manœuvres internes

Tarnier écrit en 1893 : « *Il faut que tout médecin, il faut que toute sage-femme, sache faire la version pelvienne par manœuvres internes; c'est la version urgente; celle qu'aucun médecin, aucune sage-femme n'a le droit de ne pas savoir faire* »⁴⁴.

La version telle que l'entendent les accoucheurs et les sages-femmes du dix-neuvième siècle est la version podalique, ou version par manœuvres internes, qui correspond à l'actuelle version grande extraction du siège.

Quatorze cas de version ou de tentative de version faite par une sage-femme sont mentionnés. Les principales indications sont : les présentations de l'épaule (neuf cas), les situations nécessitant la terminaison rapide de l'accouchement telles que ralentissement des bruits du cœur fœtal (un cas), procidence du cordon (deux cas), crise d'éclampsie, hémorragie grave (deux cas). La version est suivie de manœuvres pour traiter le relèvement des bras, puis de la manœuvre de Mauriceau pour l'accouchement de la tête. Les manœuvres d'extraction du siège ainsi que la rotation manuelle des présentations postérieures et la flexion des positions de la face sont permises ou du moins tolérées aux sages-femmes.

2.5.5.2 Le forceps et les sages-femmes

Un accoucheur peut choisir entre une version et une extraction instrumentale. Il préférera la version quand les membranes sont intactes ou rompues depuis peu, et que la présentation est haute. L'orifice utérin doit être dilaté ou à défaut dilatable, et l'utérus ne doit pas être trop contracté. Si c'est malheureusement le cas, la sage-femme aide le médecin en faisant inhaler du chloroforme à la patiente. Le chloroforme a une double action : il endort la patiente pour les manœuvres et relâche l'utérus, c'est d'ailleurs pour cela qu'il est contre-indiqué en cas d'hémorragie. L'accoucheur choisira au contraire d'utiliser les instruments si la présentation est engagée ou l'utérus très contracté sur le fœtus⁴⁴.

La sage-femme ne peut pratiquer que la version. C'est pourquoi certaines sages-femmes se mobilisent pour avoir recours au forceps. Leur argument principal repose sur le paradoxe entre l'urgence extrême de certaines situations obstétricales comme la procidence du cordon ou une hémorragie importante et l'impossibilité d'obtenir parfois l'aide d'un médecin rapidement, surtout en zone rurale. Le droit d'employer des instruments permettrait, selon elles, d'épargner la vie de femmes et d'enfants et de lutter contre la dépopulation.

La loi de l'an XI est ambiguë quant à l'usage d'instruments, car l'article 33 stipule : « *Les sages-femmes ne pourront employer les instruments, dans les cas d'accouchement laborieux, sans appeler un docteur, un médecin ou un chirurgien anciennement reçu* ». Cela signifie-t'il que la sage-femme peut utiliser des instruments en la présence d'un médecin ? Cependant, la modification de 1892 ne laisse aucun doute sur l'interdiction et l'article 4 précise : « *Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé* ». Les traditionnels discours de remise des prix des différents directeurs de la Maternité de Paris ne manquent pas de le rappeler. Pourtant, Madame Lachapelle, quelques décennies plus tôt, pratiquait des extractions par forceps dans ce même établissement, avec l'autorisation et l'approbation du chirurgien Baudelocque il est vrai.

Certaines sages-femmes font souvent part au *Journal des Sages-femmes* de leur détresse extrême face à des situations où la mère et/ou l'enfant n'ont pu être sauvés, car elles ne pouvaient se servir d'instruments. Ainsi, Madame Perrucot en 1875, écrit, après avoir vu mourir une mère et son enfant à cause d'une hypertonie :

« *Voilà le fait, tel qu'il s'est passé, je laisse à d'autres le soin de le juger; mais je crois avoir fait, pour ma part, tout ce qu'il était possible de faire en faveur de cette pauvre femme, tout en regrettant qu'il ne m'ait pas été possible d'obtenir à temps l'assistance d'un médecin qui, lui, aurait peut-être pu tenter dans l'intérêt de la parturiente (sic), ce qu'il ne m'était pas permis de tenter par moi même.*

Note du journal: Il est regrettable, en effet, dans certaines circonstances urgentes, que la sage-femme ne puisse pas, sans s'exposer aux sévérités de la loi, essayer certaines opérations plus ou moins importantes qui pourraient parfois sauver la vie d'une accouchée ou d'un enfant. Nous ne cesserons de le répéter: exigez d'une sage-femme des études beaucoup plus complètes, mais aussi donnez-lui, au moins dans les cas exceptionnels, des pouvoirs beaucoup plus étendus»⁴⁵.

Ces sages-femmes arguent également que le forceps n'est pas plus difficile que d'autres manœuvres qui leur sont possibles telles que la version et la délivrance artificielle. Certaines sages-femmes n'hésitent pas d'ailleurs à exposer ouvertement leur désobéissance à la loi. Rose Vernissat, publie en 1885 un article : « *M'étant, en*

prévision, munie de mon forceps, j'en fis l'application immédiate, et avec plein succès », dans un cas d'hémorragie en cours de travail dans un contexte de placenta prævia⁴⁶. Mademoiselle Prost écrit en 1901 : « *C'est bien un homicide de voir mourir cet enfant sans pouvoir lui porter secours. Si cependant j'avais eu un forceps sous la main, j'aurais violé la loi et m'en serais servi rapidement plutôt que de laisser mourir un être si cher aux parents. Je n'aurais certes pas été coupable en intervenant en l'absence du docteur* »⁴⁷.

À cette époque, en cas d'emploi d'instruments, de médicaments ou d'absence d'appel du médecin, la sage-femme encourt 100 à 500 francs d'amende et, en cas de récidive, de 500 à 1000 francs d'amende et/ou six jours à six mois de prison. La rédaction du *Journal des Sages-femmes* n'a pas d'avis tranché sur la question. Ainsi, le *Journal* soutient Madame Perrucot en 1875 ou encore signale en 1878 que l'Académie de médecine belge se pose la question d'autoriser la pratique du forceps partie basse en cas d'urgence, en l'absence de médecin et dans les cas simples. Pourtant, les articles des médecins ne manquent pas de rappeler leurs interdictions aux sages-femmes et la rubrique de législation professionnelle, qui ne paraît qu'aux débuts du *Journal*, cite les sages-femmes et les matrones sanctionnées pour faute grave. Si les cas les plus nombreux sont des condamnations pour complicité d'avortement, les lectrices apprennent en 1875 qu'une sage-femme est condamnée à quinze mois de prison et 240 francs d'amende pour usage du forceps et de la césarienne post-mortem⁴⁸. Quant à l'argument que leur opposent les médecins, à savoir la force physique nécessaire à l'usage des instruments, il est ébranlé par l'arrivée des femmes dans les Facultés de Médecine de France et d'Europe.

Ce sont principalement les syndicats qui demandent cet élargissement des compétences. Pour porter leurs revendications, Marie Bocquillet réunit sept cents signatures pour une pétition en faveur du droit au forceps.

Le mouvement des sages-femmes pour l'autorisation de la pratique du forceps n'aboutit pas. En effet, si quelques rares médecins leur sont favorables, parmi la rédaction du *Journal des Sages-femmes* notamment, la majorité y est fermement opposée. Certaines sages-femmes ne sont d'ailleurs elles-mêmes pas favorables à cet élargissement de leurs compétences. Elles reconnaissent l'avantage de pouvoir intervenir rapidement en l'absence d'un médecin, si la vie de la mère ou de l'enfant est compromise. Mais elles sont conscientes des inconvénients : devoir acheter un forceps qui coûte environ 20 à 25 francs, une augmentation des risques et des

responsabilités, la concurrence que les médecins risquent de leur reprocher. Le Docteur Porak, accoucheur à la Maternité de Paris avance comme argument que les accouchements difficiles nécessitant le recours aux instruments ou à une opération ne représentent que 2,5% des accouchements de l'année 1897. Il exhorte les sages-femmes à abandonner leurs revendications pour se concentrer sur les 97,5% d'accouchements qui leur sont réservés et les opérations qui leurs sont permises, à savoir le tamponnement, la version, la délivrance artificielle et l'épisiotomie en cas d'urgence⁴⁹. Il reste également aux sages-femmes les « petits moyens » en attendant le médecin : bains chauds et laudanum pour « faire lâcher » un col cerclé, belladone, quinine, sucre, lotions et cataplasmes aromatiques. Ces moyens sont le plus souvent inoffensifs et inutiles, mais il convient de noter que certains peuvent être toxiques, telle la belladone. La législation en vigueur ne prévoit la prescription et la délivrance que de trois médicaments par les sages-femmes : l'ergot de seigle en 1873, le sublimé en 1892, le nitrate d'argent en 1909. Mais d'autres préparations leur sont fournies sans ordonnance : les préparations opiacées telles que la morphine et le laudanum, le lactose et la théobromine dans les régimes lactés, les toniques tel que le café, l'huile de ricin en tant que laxatif.

2.5.6 Les autres instruments

Les demandes des sages-femmes se concentrent sur le forceps. Aucune d'elles ne demandent à pouvoir se servir des nombreux instruments qu'utilisent les accoucheurs.

Les instruments non mutilants sont les forceps, les rétroceps, et les leviers parfois utilisés avec des systèmes de traction mécanique, afin de décupler la force de l'opérateur. En effet, ces instruments sont parfois posés alors que la présentation n'est pas encore engagée dans un bassin rétréci, et les extractions sont alors laborieuses. Le *Journal des Sages-femmes* rapporte nombre de cas dans lesquels des femmes arrivent à l'hôpital après plusieurs échecs de pose de forceps à domicile, par différents médecins. Souvent l'enfant est déjà mort et la femme parfois mourante. Dans ces cas là, les praticiens n'hésitent pas à utiliser des instruments visant à réduire le volume fœtal. Ce sont les céphalotribes, les forceps scie, les embryotomes, les perces-crânes, les crochets, les perforateurs. Ceux-ci sont utilisés en cas de mort fœtale constatée devant une disparition des bruits du cœur, un cordon procident sans pulsations, un liquide méconial. Ils sont aussi parfois utilisés sur des fœtus vivants, si l'état de la mère requiert une terminaison rapide de

l'accouchement et que les conditions sont telles que la probabilité d'avoir un enfant vivant est très mince, par exemple en cas de manœuvres répétées, de bassin très rétréci ou encore de prématurité. Les accoucheurs du dix-neuvième et du début du vingtième siècle sacrifient toujours la vie de l'enfant si celle de sa mère est en danger, car un enfant orphelin a de très faibles chances de survie. Pour éviter d'en arriver à cette extrémité, les accoucheurs ont parfois recours à l'accouchement prématuré provoqué.

2.5.7 Provoquer l'accouchement avant terme afin d'éviter les dystocies

Pour éviter de recourir aux extractions laborieuses et à l'embryotomie, les médecins s'efforcent de pratiquer l'accouchement prématuré provoqué. Celui-ci n'est possible que si la femme se présente assez tôt dans la grossesse pour être examinée. Cela arrive souvent après plusieurs accouchements difficiles, ayant donné naissance à des enfants morts. La femme consulte en cours de grossesse avec l'espoir de donner naissance à un enfant vivant. Les médecins, après l'avoir examiné, se décident, en fonction du degré de rétrécissement du bassin, de la date approximative pour déclencher l'accouchement. Chaque accoucheur énonce la conduite à tenir que l'on retrouve dans de nombreux articles. Celle-ci se résume à provoquer l'accouchement juste avant que la tête fœtale soit plus grosse que le diamètre antéropostérieur mesuré. Le modelage de la tête est pris en compte, ce qui permet parfois de tolérer une estimation du bipariétal supérieur d'un centimètre au diamètre du bassin. Ceci dans le but de ne provoquer l'accouchement que le plus tard possible. En effet, si les accoucheurs sont très satisfaits du faible taux de mortalité maternelle (0% à 1%), cette méthode provoque 100% de prématurité induite⁵⁰. Or, les chances de survie des prématurés sont minces mais augmentent significativement avec l'âge gestationnel. Les accoucheurs et notamment Tarnier développent des soins qui permettent de diminuer leur mortalité. Il invente ainsi la couveuse, système de caisse en bois puis en verre qui maintient l'enfant dans un milieu chaud et humide. L'alimentation par gavage dit « en tulipe » débute en 1884 à la Maternité de Paris. Une seringue suspendue est reliée à l'enfant par une sonde gastrique. Le lait s'écoule dans l'estomac par gravité. Les progrès en matière de mortalité sont notés par Madame Henry, sage-femme en chef à la Maternité de

Paris : la mortalité avant ces méthodes s'élève à 100% à six mois de grossesse, 61% à sept mois, 22% à huit mois et 12% à huit mois et demi. Après la mise en place des soins de puériculture, elle chute à 84% à six mois, 50% à sept mois, 11% à huit mois et 4% à huit mois et demi de grossesse⁵¹. Les accoucheurs peuvent ainsi déclencher l'accouchement en ayant de fortes chances d'éviter un travail long, difficile et dangereux, tout en gardant l'espoir d'avoir un enfant vivant. La mortalité néonatale globale est estimée à 30% avec cette méthode⁵⁰.

Le déclenchement du travail commence toujours par des bains. La méthode Kiwish, inventée en 1846, consiste à donner des douches vaginales chaudes à la patiente. Dès que les conditions locales deviennent plus favorables, divers instruments et préparations sont mis en place pour continuer la dilatation et provoquer des contractions. Tout d'abord les éponges préparées ou les lamineuses, qui au contact des sécrétions vaginales vont gonfler et ouvrir le canal cervical dans lequel elles ont été placées. Sont aussi employés les dilateurs mécaniques qui sont des vessies en veau, en mouton ou en caoutchouc, introduites dans le col et gonflées avec de l'eau afin de le dilater. Ces dilateurs servent aussi à la direction du travail. La dilatation manuelle peut aussi être envisagée, ainsi que le décollement et la rupture des membranes selon la méthode de Puzos⁵². La technique utilisée dépend de l'opérateur, des moyens dont il dispose et des conditions locales.

La méthode de l'accouchement prématuré provoqué est loin d'être parfaite. La date de début de grossesse est calculée en fonction de la date des dernières règles, affinée par la première perception des mouvements actifs fœtaux. Le terme est donc incertain et l'estimation de poids fœtal est uniquement clinique. De fait, c'est plutôt la dimension de la tête fœtale qui intéresse les accoucheurs. Budin et Tarnier réalisent pour cela des études avec recensement des poids fœtaux et des diamètres bipariétaux en fonction de l'âge gestationnel⁵³. Enfin, l'accouchement met parfois plusieurs jours à se déclencher et il est admis aujourd'hui qu'un fœtus à terme grossit de trente grammes par jour.

2.5.8 Les opérations

Les opérations tentées au dix-neuvième siècle sont la symphyséotomie et l'opération césarienne. La symphyséotomie est réalisée pour la première fois en 1768 par Sigault et Leroy. Elle consiste à sectionner le cartilage qui sépare les deux

os du pubis. Le bassin s'ouvre ainsi de plusieurs centimètres. Cette opération comporte des risques pour la mère : infection, séquelles urinaires et articulaires. Elle est parfois associée à l'accouchement prématuré provoqué et/ou à une extraction instrumentale, surtout si le bassin est très vicié. La symphyséotomie est surtout pratiquée entre 1880 et 1900. Avant 1880, l'absence d'asepsie fait courir de trop grands dangers à la mère pour que les chirurgiens la pratiquent. Après 1900, les techniques de césarienne se perfectionnent et cette opération devient plus sûre que la symphyséotomie. De fait, le *Journal des Sages-femmes* ne présente des cas de symphyséotomie qu'entre 1894 et 1907. La mortalité globale admise par les accoucheurs est de 12 à 13%, aussi bien pour la mère que pour l'enfant⁵⁴.

Deux grandes améliorations simultanées diminuent le taux de mortalité suite à une césarienne. Tout d'abord la diffusion de la méthode antiseptique, issue des travaux de Semmelweis, Lister et Pasteur. Ensuite le début de la suture de l'hystérotomie, mise au point par Saenger en 1880. Avant cette date, seule la peau était suturée. Les chirurgiens pensent en effet que les contractions utérines suffisent pour l'hémostase. Or, les femmes qui ne meurent pas d'hémorragie sont emportées par la fièvre puerpérale. Indispensable au bon déroulement de l'opération, l'anesthésie générale par chloroforme ou éther est appliquée à l'obstétrique dès 1847 par le Docteur Simpson à Edimbourg. Grâce à ces progrès, les chiffres de mortalité maternelle en cours et après césarienne s'inversent. Avant la méthode antiseptique en raison d'une mortalité de 90%, la césarienne est réservée aux cas désespérés. La principale indication reste à ce moment la césarienne *post-mortem*, dans l'espoir d'obtenir un enfant qui vivra au moins quelques minutes, le temps de recevoir le baptême. Après le tournant des années 1880, la mortalité ne cesse de diminuer pour atteindre dans les années 1910 les 4% à 5% en cas de césarienne programmée, 12% en cas de césarienne en urgence, selon les séries et les pays⁵⁵.

Pour éviter au maximum les risques de fièvre puerpérale, les accoucheurs refusent de pratiquer une césarienne sur une femme présentant déjà des signes d'infection tels que fièvre, tachycardie ou liquide amniotique fétide. Différentes techniques de césarienne cohabitent: la césarienne corporéale, puis la césarienne segmentaire extra-péritonéale mise au point par Sellheim en 1909. Etant extra-péritonéale elle comporte moins de risque d'infection, mais elle est plus difficile et comporte plus de risques d'adhérence à long terme⁵⁶. La césarienne peut être faite selon la méthode conservatrice ou la méthode mutilatrice, appelée aussi méthode de Porro. Selon cette méthode, pratiquée pour la première fois aux États Unis d'Amérique en 1868,

une hystérectomie et parfois une annexectomie suivent la césarienne. Elle avait déjà permis à elle seule de faire baisser la mortalité de 80% à 25%. Elle est réalisée pour la première fois avec succès à la Maternité de Paris en 1879, par le Professeur Tarnier⁵⁷. La méthode conservatrice est cependant de plus en plus privilégiée par les accoucheurs afin de préserver la fécondité de la femme. Certains cas précis conservent une indication d'hystérectomie selon les opérateurs: hématome rétro-placentaire, hémorragie, début d'infection, cancer du col, fibrome prævia. L'hémorragie est combattue par la technique de délivrance manuelle et immédiate ainsi que l'injection prophylactique d'ergotine ou de pituitrine. Les techniques d'anesthésie s'améliorent et les premières césariennes sous rachianesthésie ont lieu au début des années 1910. Les chirurgiens rapportent avec fierté leurs cas de césariennes réussies dans le *Journal des Sages-femmes*. Les indications de la césarienne s'élargissent, au fur et à mesure que la sécurité de l'opération et que l'expérience des chirurgiens augmente. Tout d'abord pratiquée en cas de bassin très rétréci (diamètre antéropostérieur inférieur à huit centimètres), les chirurgiens y ont aussi recours en cas d'hémorragies importantes sur placenta bas inséré, ou d'hématomes rétro-placentaires. Le Professeur Bar prévoit le développement de la césarienne, au fur et à mesure que les femmes viendront accoucher dans les hôpitaux, lieux de soins techniques, sûrs et parfois salvateurs:

*« On peut prévoir que l'extraction par voie haute (suivant les cas, par section supra symphysaire ou par section césarienne classique) sera de plus en plus choisie à mesure que l'assistance aux femmes en travail se diffusera, à mesure que se créeront, dans les petits centres, des maternités et où les femmes isolées, perdues dans les campagnes pourront être rapidement transportées et opérées avec le minimum de risques »*⁵⁶.

Les dystocies des parties molles sont également opérées. Les fibromes sont parfois enlevés pendant la grossesse ou à l'accouchement⁵⁸. Les rigidités du col, causées par les opérations antérieures, la syphilis ou des cancers avancés sont levées par incision du col. Les chirurgiens pratiquent parfois une césarienne vaginale. L'épisiotomie est la seule opération chirurgicale que la sage-femme peut effectuer en cas d'urgence⁵⁹.

Grâce à cette prise en charge, la pratique de l'embryotomie diminue au cours de la période étudiée. Si le Professeur Pajot affirme au début du siècle dernier *« L'embryotomie sur enfant vivant a vécu »*, pour le professeur Bar elle conserve

certaines indications telles qu'une femme affaiblie et infectée, des signes de souffrance fœtale, un accouchement à domicile avec impossibilité de recours à la césarienne⁶⁰.

2.6 Les hémorragies

2.6.1 Les hémorragies en cours de grossesse

Les hémorragies en cours de grossesse peuvent être dues à un placenta prævia ou bien à un hématome rétro placentaire. La mortalité maternelle et fœtale est importante. Le Docteur Hofstaetter publie en 1911 une statistique sur tous les types d'hémorragies survenues à la clinique Chorak-Rosthorn, en Allemagne, pour un total de 32 180 accouchements entre 1900 et 1910. Il cite 13 cas d'hémorragies mortelles, soit 0,04% ; 0,44% d'hémorragies graves, 0,86% d'hémorragies modérées. Aucune mort par atonie utérine, quatre par hématome rétro placentaire, six par placenta prævia, une par rétention placentaire, une par déchirure du col, une par néphrite. Le tamponnement a été pratiqué 91 fois avec comme conséquence 80 suites fébriles ou sub fébriles, 11 décès malgré cinq hystérectomies vaginales et 116 délivrances artificielles ont eu lieu (0,36%)⁶¹. En 1913, Couvelaire publie une sorte de méta-analyse de différentes études menées à Paris dans les Cliniques Baudelocque et Tarnier, les hôpitaux de Tenon, de Saint-Antoine et de l'Hôtel Dieu, et les maternités de Lyon et de Pau, entre 1890 et 1912. Ces études regroupent 584 cas d'« *hémorragies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré* », en cours de grossesse, avec 47 décès, soit une mortalité maternelle globale de 8,2%, et une mortalité corrigée de 4%, car sur les 47 cas, se trouvent 20 cas de septicémie puerpérale et un cas d'éclampsie. La mortalité fœtale reste quant à elle de 45% à 60% selon les séries⁶².

2.6.1.1 Le placenta prævia

Le *Journal des sages-femmes* rapporte surtout des statistiques concernant le placenta « vicieusement inséré », ou placenta prævia, dont le terme apparaît pour la première fois en 1902.

Son diagnostic est fait devant une hémorragie sans facteur déclenchant, souvent nocturne. Les patientes sont plus fréquemment des multipares. L'examen clinique montre un segment inférieur épais, et la sage-femme ou le médecin perçoit le « matelas placentaire » à travers le segment inférieur, voire des cotylédons dans l'aire de dilatation en début de travail.

Dans les années 1870, les auteurs s'accordent sur une mortalité de 33%. En effet, les femmes meurent non seulement d'hémorragie mais aussi d'infection. Sept auteurs français, américains et allemands publient en 1884 dans l'*American Journal of Obstetric* leurs séries incluant 65 à plus de 950 cas chacun, avec une mortalité variant de 22,5% à 35%. La mortalité fœtale quant à elle atteint les 50% à 75%, c'est pourquoi les auteurs concluent qu'il ne faut pas hésiter à sacrifier l'enfant, par les différentes manœuvres qui visent à sauver la mère⁶³.

Avec l'avènement de la méthode antiseptique, la mortalité diminue. Les hémorragies sur placenta prævia sont un de facteur risque d'infection reconnu aujourd'hui, le sang étant un milieu très favorable à la pullulation microbienne. Ainsi, la mortalité n'est que de 12% entre 1881 et 1886 à la Maternité de Paris. Tarnier publie en 1891 les statistiques de son service à la Clinique d'Assas en terme de mortalité : sur les 13 décès survenus en 1890, un seul a pour cause une hémorragie, pour un total de 1183 accouchements. Pour le début de l'année 1891, soit janvier à juillet, deux décès ont pour cause une hémorragie sur placenta bas inséré (neuf décès au total pour 859 accouchements)⁶⁴.

2.6.1.2 Prise en charge des hémorragies dans ce contexte

Le traitement préconisé commence par le repos. Budin, en 1888, recommande aux femmes porteuses de placenta prævia de ne pas rester seules : celles qui sont assez aisées pour se payer une garde malade peuvent rester chez elles, les autres doivent se faire hospitaliser, ce qui est rarement le cas en réalité⁶⁵. L'opium ou le laudanum, la teinture d'opium inventée en 1670 par Sydenham, sont parfois utilisés comme tocolytiques dans les années 1880.

Ensuite, pour combattre une hémorragie, la première intervention est la rupture artificielle des membranes, dite méthode de Puzos. Celle-ci permet de diminuer les tiraillements sur le placenta et donc l'hémorragie. Elle doit être large, et parfois transplacentaire quand le placenta est recouvrant, selon la méthode de Deventer. Elle est pratiquée plusieurs fois par les sages-femmes (quatre cas dans le *Journal des Sages-femmes*), or, les sages-femmes n'ont normalement le droit de pratiquer la rupture des membranes qu'à dilatation complète.

Si cela ne suffit pas, un tamponnement doit être fait. Pratiqué depuis la fin du dix-huitième siècle, mis au point par Leroux, il consiste à bourrer le vagin de boulettes de charpie jusqu'à le distendre. Il est fixé par un bandage « en T » : un premier linge est passé entre les jambes de la femme et un autre linge se place perpendiculairement

au premier en le maintenant et en entourant les hanches. Le tampon est laissé en place plusieurs heures. Il présente un fort risque infectieux, même si dès les années 1880, les boulettes ou bourdonnets sont imprégnés de solutions antiseptiques. Il empêche la femme d'uriner et enfin est très inconfortable et douloureux. Le rôle de la garde malade auprès d'une femme enceinte porteuse de placenta prævia est justement de pratiquer le tamponnement le plus rapidement possible, avec deux cas rapportés de sages-femmes qui pratiquent le tamponnement. Si les sages-femmes peuvent être gardes-malades, toutes les gardes-malades ne sont pas sages-femmes, et à cette époque où la profession d'infirmière commence tout juste à se dessiner. Le tamponnement a aussi l'avantage d'accélérer l'accouchement, en « excitant » le vagin et l'utérus.

Mauriceau et Louise Bourgeois recommandaient l'accouchement forcé. Il est déconseillé par les accoucheurs du dix-neuvième siècle comme Braxton-Hicks, dans son mémoire soutenu à Leeds en 1890 et Tarnier, en raison des lésions qu'il peut engendrer. Cependant ils s'accordent sur une terminaison rapide de la grossesse et l'accélération d'un travail déjà en cours. Forceps à dilatation complète, version podalique, aide à la dilatation du col par les dilateurs de Barnes, de Tarnier ou autre, décollement du placenta, ce que Tarnier nomme l'« accouchement méthodiquement rapide ». Les manœuvres sont réalisées sans anesthésie en raison de l'hémorragie car le chloroforme comporte un risque d'atonie utérine⁶⁶.

Braxton Hicks propose « sa » version : elle consiste en une version bi-polaire, à la fois par manœuvres externes et internes. Après rupture artificielle des membranes, un pied de l'enfant est abaissé dans le vagin, et le siège appuyé sur le placenta doit arrêter l'hémorragie. Les tractions sur le pied, transmises au siège, dilatent le col et provoquent un accouchement rapide. L'opérateur peut aussi attendre l'accouchement spontané, si l'hémorragie s'est arrêtée. Évidemment cette méthode est souvent mortelle pour le fœtus, mais à peine plus que sans intervention (79 % versus 76,9% des cas⁶⁷) tandis que la mortalité maternelle passe de 40-45% à 5-6%⁶⁸.

Les injections d'eau chaude, additionnée d'antiseptiques, font partie du traitement pour arrêter l'hémorragie.

2.6.1.3 L'hématome rétro placentaire

L'hématome rétro placentaire est lui aussi très meurtrier. Selon un article du Professeur Bar, paru en 1910, en l'absence d'intervention, la mort maternelle arrive en vingt minutes, soit par choc hypovolémique, hémorragie de la délivrance,

intoxication ou septicémie. La mortalité maternelle s'élève ainsi à 64%, tandis que la mortalité foetale atteint les 95%. Les causes traumatiques ou en lien avec la pré-éclampsie sont bien connues à la fin du dix-neuvième siècle. Le Professeur Bar recommande en 1910 la conduite à tenir suivante : l'accouchement doit être immédiat, donc si le col est dilaté, le médecin pratique embryotomie et délivrance instantanée, car l'enfant a de toute façon très peu de chances de naître vivant. Sinon, il pratique une césarienne vaginale ou une césarienne par voie haute avec hystérectomie et ligature des vaisseaux. En effet, selon les accoucheurs, l'utérus devient incapable de remplir de nouveau ses fonctions après un hématome rétro-placentaire⁶⁹, c'est pour cela qu'ils n'hésitent pas à pratiquer une hystérectomie d'hémostase. La mortalité diminue grâce à cette prise en charge. Dans son article de 1913, Couvelaire regroupe les statistiques de Pinard et Tarnier sur la mortalité par hématome rétro-placentaire et conclue à une mortalité de 20% avec 40 cas, soit huit décès⁶².

2.6.2 Le danger ne disparaît pas à l'accouchement : l'hémorragie du post-partum

Une autre forme d'hémorragie redoutée est l'hémorragie du post-partum. Durant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'accouchement, les femmes risquent de mourir d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine, non décollement ou adhérences anormales du placenta ou encore par hémorragie des lésions génitales.

Bien que de nombreux cas soient décrits, témoignant de la fréquence et du danger qu'elle représente, aucune statistique concernant l'hémorragie du post-partum n'a été retrouvée dans le *Journal des sages-femmes*. De plus, la quantité de sang perdue reste à l'appréciation subjective du praticien. Sages-femmes et médecins décrivent ainsi que la patiente « *a rempli un seau de sang* » ou que « *les draps et même le matelas étaient trempés de sang* », afin d'exprimer l'intensité de l'hémorragie.

2.6.2.1 Une prise en charge active de la délivrance

Pour éviter les hémorragies du post-partum, la délivrance dirigée est pratiquée, par traction du cordon et/ou expression utérine. Après la délivrance, il est du rôle de la sage-femme de vérifier que le délivre est complet. En cas de non-délivrance au bout d'un temps variable, entre trente minutes et deux heures, ou en cas d'hémorragie, l'accoucheur ou la sage-femme pratique une délivrance artificielle

parfois associée à une révision utérine, trois délivrances artificielles et cinq révisions utérines faites par une sage-femme sont ainsi citées dans le *Journal des Sages-femmes*. Ce geste à haut risque infectieux est précédé et suivi d'injections vaginales et intra utérines antiseptiques. Les mains du soignant sont soigneusement lavées à l'eau et au savon, brossées puis désinfectées avec une solution antiseptique. Les gants de caoutchouc apparaissent au début du vingtième siècle. En raison du risque infectieux lié au geste, la simple rétention des membranes ne fait pas toujours l'objet d'une révision utérine.

En cas d'atonie utérine, l'utérus est massé, frictionné, des injections d'eau de 48°C à 50°C, ayant un pouvoir « excitateur » sur l'organe sont pratiquées. De l'ergot de seigle peut être administré, à dose curative ou préventive. Dans ce but, des protocoles de services sont mis en place ; ainsi, le protocole de l'hôpital Sainte Eugénie de Lille prévoit dès 1882 l'administration prophylactique systématique de 60 centigrammes d'ergot de seigle après la délivrance⁷⁰. Mais le plus souvent les doses d'ergot de seigle sont variables : de quelques centigrammes à plusieurs grammes, administrés cinq fois par des sages-femmes. Il peut être donné per os, sous forme de poudre moulue, dont l'efficacité dépend alors de la fraîcheur. Ses dérivés sont l'ergotine et l'ergotinine, commercialisées sous forme injectable, avec un principe actif bien dosé. Quelle que soit la forme, le praticien doit être assuré de la délivrance complète avant de l'administrer. En effet, selon les recommandations de Pajot, l'ergot de seigle ne doit être donné que si l'utérus est absolument vide. Les accoucheurs du dix-neuvième siècle craignent en effet l'hypertonie parfois consécutive à l'absorption d'ergot de seigle. Celle-ci peut provoquer mort fœtale in utéro, rupture utérine ou encore rétention du placenta ou de caillots. La morphine et le chloroforme en sont les antidotes. Des essais avec la pituitrine commencent dans les années 1910.

Si l'hémorragie ne cède pas à l'ergot de seigle et au massage, les accoucheurs ont alors recours à des moyens mécaniques : compression de l'aorte, bandage abdominal serré puis en dernier recours hystérectomie d'hémostase dont le premier cas est rapporté en 1911⁶¹.

2.6.2.2 La surveillance des lésions génitales

Les lésions génitales sont fréquentes, surtout en cas d'extraction instrumentale. De nombreux articles expliquent comment préserver le périnée en contrôlant la sortie de la tête de l'enfant avec la main. L'épisiotomie est pratiquée dès les années 1870. Les lésions sont de plus en plus systématiquement suturées, avec

des serres-fines qui sont enlevées au bout de quelques jours, ou bien avec du fil de soie, d'argent puis plus tard du catgut. La plaie est lavée et tamponnée. Dans les années 1910 sont citées les pinces à hémostase et les premières sutures sous anesthésie locale par injections intra dermiques de cocaïne, stovaïne et novocaïne 1%. Les périnéés complets sont quant à eux suturés sous anesthésie générale par chloroforme ou chlorure d'éthyle.

2.6.2.3 La sage-femme en première ligne

En cas d'hémorragie grave, ou ne cessant pas rapidement, un médecin doit être appelé, mais c'est souvent la sage-femme qui met en place la première prise en charge. C'est elle qui est ordinairement appelée en premier auprès d'une femme saignant à cause d'un placenta prævia. Les élèves sages-femmes sont d'ailleurs formées au tamponnement et aux injections intra utérines antiseptiques. C'est la sage-femme qui va préconiser le repos, surveiller la patiente et lui administrer du laudanum.

C'est elle également qui pratique la délivrance normale, naturelle ou dirigée, et examine le placenta. Elle a le droit de pratiquer une délivrance artificielle et peut prescrire de l'ergot de seigle depuis 1873.

La loi de l'an XI ne parle pas de la suture des lésions périnéales, qui s'apparente à de la petite chirurgie. Cependant, les médecins recommandent de plus en plus, au cours de la période étudiée, de suturer ces déchirures, en raison du risque infectieux. Certains encouragent et forment les sages-femmes à le faire, estimant qu'il est de leur devoir de suturer les lésions du premier degré. De plus, les sages-femmes utilisent des pinces à hémostase.

2.6.2.4 Les débuts de la réanimation adulte

Un traitement de l'hypovolémie et de l'anémie est pratiqué avant et après l'accouchement. Des injections hypodermiques de sérum artificiel sont préconisées dès 1892, ainsi que des injections d'éther et de caféine, que peuvent pratiquer les sages-femmes. Des manœuvres de réanimation, notamment la respiration artificielle sont parfois nécessaires. La patiente est placée en Trendelenbourg.

Des essais de transfusion bras à bras sont décrits dès 1873, en cas d'anémie sévère ou chronique. Cent à quatre cents grammes sont ainsi transfusés, avec parfois des résultats inattendus tels qu'hémolyse et aggravation de l'anémie, pouvant mener jusqu'à la mort. En effet, le système des groupes sanguins ABO n'est découvert

qu'en 1900 et 1901 par Landsteiner, qui découvrira également les groupes Rhésus D, mais seulement en 1940.

Le régime alimentaire doit permettre également aux accouchées de retrouver leurs forces : alcool, vin, bouillon, jus de viande, eau-de-vie dans du thé ou de l'eau, limonade, champagne, jaune d'œuf avec du vin, grog au cognac, quinquina qui sont nommés « toniques ». Les médecins les préfèrent au fer en raison de leur tolérance digestive. Parfois certains praticiens recommandent des préparations ferrugineuses, pratique connue depuis plusieurs siècles pour lutter contre l'anémie, puisque Louise Bourgeois vendait déjà des plaquettes de fer à ses patientes anémiées.

2.7 La pré-éclampsie et ses conséquences.

Si les liens entre albuminurie, œdèmes et prodromes puis crise d'éclampsie sont connus dès 1873, les recherches de la fin du Dix-neuvième siècle en matière de mécanisme de cette pathologie et de traitement vont progresser.

De manière individuelle, de nombreux praticiens remarquent l'association du retard de croissance à des crises d'éclampsie ou un état de pré éclampsie. La découverte de l'état de pré-éclampsie caractérisé par l'association de l'albuminurie et d'hypertension date du début du vingtième siècle. Cette découverte permet aux praticiens de l'époque de comprendre l'efficacité de la saignée, pratiquée bien longtemps avant la découverte de l'hypertension artérielle.

La recherche de la ou des causes de la pré éclampsie, dont le terme apparaît en 1910 occupe les obstétriciens du début du siècle dernier. L'idée prédominante est celle d'une auto-intoxication gravidique, ou toxémie. Elle commencerait par les intestins, provoquerait une altération du sang qui gagnerait peu à peu le foie et les reins. Les modifications hématologiques, rénales et hépatiques de la pré éclampsie sont découvertes⁷¹.

La mortalité par éclampsie est importante. Les auteurs des articles du *Journal des Sages-femmes* rapportent fréquemment des séries. En 1891, le professeur Tarnier cite deux décès par éclampsie sur les 13 décès de l'année 1890⁶⁴. La mortalité par éclampsie varie de 10% à 50% selon les auteurs. Pour le professeur Charpentier, de 11,1% à 35,5% selon les traitements⁷² ; pour le professeur Charles, à Liège : 12,5% dans le post-partum et 25% pendant la grossesse⁷³. De nombreuses femmes décèdent également d'hématome rétro-placentaire, dont le lien avec la pré

éclampsie est découvert au vingtième siècle. Ainsi, Goodell, de Grande-Bretagne, publie en 1908 une série de 106 cas d'hématome rétro placentaire : il dénombre 51 décès maternels et 100 morts fœtales⁷⁴.

2.7.1 Les traitements

Partant du principe que la pré éclampsie vient d'une intoxication, il faut purger l'organisme, et en particulier les intestins, origine du problème. C'est pourquoi laxatifs tels que réglisse, sulfate de soude, huile de ricin, calomel, purges et lavements sont administrés à forte dose. La voie rectale permet également d'administrer des médicaments pendant les crises.

Les œdèmes sont, selon les médecins, dus à la rétention de chlorure, et ils préconisent ainsi un régime sans chlorure, uniquement à base de lait. Celui-ci doit être maintenu durant toute la durée de l'albuminurie. Parfois de l'eau de Vals ou de Vichy sont autorisées pour une meilleure digestion.

Toujours pour favoriser l'élimination des toxines, des bains chauds, des séances de sudations, le fait d'entourer la patiente de flanelle dans un environnement chaud constituent la première base du traitement. Le repos est également préconisé.

Les moyens médicamenteux sont variés. Le plus populaire est le chloral ou hydrate de chloral, connu depuis 1832. C'est un puissant sédatif, qui a également un pouvoir analgésique et anticonvulsivant. Il est administré à dose variable, de un à douze grammes par vingt-quatre heures, en lavement ou en potion pour prévenir les crises, ou à forte dose de dix à vingt grammes pendant la crise. Bien qu'interdit aux sages-femmes, quatre cas cliniques prouvent l'administration du chloral par les sages-femmes. Il est parfois absorbé conjointement au bromure de potassium, un autre sédatif et anticonvulsivant.

Un moyen très utilisé consiste en l'inhalation de chloroforme pendant la crise. Celui-ci est toutefois accusé de provoquer des ictères et des hémorragies par atonie utérine. Son administration rentre dans les compétences d'une sage-femme, que ce soit en cas de convulsions ou d'analgésie obstétricale, dès lors qu'un médecin est présent. La sage-femme se révèle ainsi une aide précieuse pour l'anesthésie²⁹.

Pour réduire la mortalité par éclampsie les accoucheurs recommandent la saignée. Ils sont cependant divisés sur ses résultats. Ainsi, Charpentier publie en 1877 une statistique sur la mortalité selon les différents traitements : 14,8% de décès pour la saignée contre 11,1% à 35,5% pour les autres, sachant que la mortalité admise par

les médecins de cette époque est de 33% sans intervention⁷². Au contraire, Pajot écrit en 1886 :

*« Dans l'éclampsie, en effet, nous marchons en aveugles: nous ne savons pas si nous sommes utiles ou si nous sommes nuisibles; nous croyons bien certainement être utiles, mais nous n'en savons rien. Nous faisons, en un mot, de l'empirisme. [...] Les divers traitements employés n'aboutissent à aucun résultat. Ainsi sur dix femmes que l'on a saignées_ la saignée est le traitement qui a été le plus préconisé_ et sur dix femmes que l'on a abandonnées à la nature, que l'on n'a pas saignées, par conséquent, on a la même proportion de morts. »*⁷⁵

La saignée concerne un volume parfois important. Jusqu'à un litre et demi peuvent être retirés en 1913 et Dubois recommande une saignée de un à deux litres en 1885⁷⁶. Dans les années 1910, les auteurs recommandent toutefois de ne pas saigner les patientes anémiées et de compenser la perte sanguine par du sérum artificiel (sérum physiologique). Des moyens détournés permettent de saigner la patiente, le recours aux sangsues. L'enseignement dans les écoles de sages-femmes a toujours porté sur la saignée et la pose de sangsues.

En 1913 est proposé en Espagne un traitement chirurgical : la décapsulation rénale et la néphrotomie, toutefois avec un taux de décès de 75%⁷⁷.

Arrêter la grossesse, soit en hâtant le travail déjà commencé, soit en le déclenchant, reste le meilleur moyen de « guérir » la femme. Le travail doit de préférence être rapide. En effet, les femmes atteintes de pré-éclampsie ont un risque d'autant plus grand de convulser que la durée du travail est longue.

2.7.2 Dépistage et prévention

Un suivi régulier de la grossesse est un des premiers moyens pour diagnostiquer l'albuminurie et ainsi prévenir les conséquences de la pré éclampsie. La présence d'albumine dans les urines des femmes pré-éclamptiques est connue depuis le début du dix-neuvième siècle. Son dépistage devient un des examens obligatoires que doit faire la sage-femme.

La technique consiste à faire porter à ébullition un tube à essai à moitié rempli d'urines, sans sang, avec quelques gouttes d'acide acétique ou de vinaigre. Si le mélange devient trouble, avec parfois présence de flocons d'albumine, la sage-

femme doit appeler le médecin qui renouvellera l'examen.

Le moment recommandé pour l'examen est de plus en plus précoce. Ainsi, la recherche doit avoir lieu dans les quinze derniers jours de grossesse en 1896, voire durant tout le dernier trimestre pour les primipares, puis un examen mensuel des urines est recommandé dès le cinquième mois en 1910, ainsi que la surveillance de la tension artérielle en 1913.

La mortalité maternelle par éclampsie diminue au début du vingtième siècle. Ainsi, Budin précise en 1907 que la mortalité maternelle par éclampsie a diminué de 30% à 8% ou 10%⁷⁸.

3. Discussion

Les résultats obtenus sont à tempérer. En effet, en raison des limites de temps imposées pour l'étude, seuls six numéros sur vingt-quatre par année de parution ont pu être étudiés. Ainsi, certains articles relatant une intervention de la sage-femme ont pu être laissés de côté. À l'inverse, les articles écrits par les sages-femmes ont été systématiquement exploités. Or celles-ci sont en majorité des sages-femmes de première classe, visiblement instruites, cultivées, avec un poste important, et sûres de leur pratique. Ces articles peuvent avoir donné une vision un peu biaisée de la sage-femme du dix-neuvième siècle. En effet, toutes ne sont pas si instruites et cultivées, comme en témoignent les articles des médecins, et les ouvrages traitant de cette période.

D'autre part, certains exemplaires du *Journal* ont été mal conservés, et n'ont pas pu être consultés. Enfin, un seul journal professionnel a été exploité. Les autres journaux paraissant à la même période, notamment en province, auraient pu donner un aperçu différent de la profession.

Cependant, les recherches menées vont permettre d'envisager une réponse aux hypothèses précédemment posées.

3.1 Première hypothèse :

La sage-femme sait dépister la pathologie même si son domaine d'intervention reste la physiologie. Elle a été formée au diagnostic et à la prise en charge des pathologies pendant ses études.

Au dix-neuvième siècle, l'enseignement dans les écoles de sages-femmes initie ces dernières à la pathologie. Les cours portent surtout sur les situations anormales de la grossesse, peu sur les moyens d'y remédier, car la sage-femme doit alors immédiatement prévenir un médecin et ne pas chercher à agir seule.

L'article 32 de la loi de l'an XI prévoit que les élèves sages-femmes soient interrogées par le jury qui valide leur diplôme non seulement sur la grossesse et l'accouchement physiologique mais aussi sur « *les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier* ». Lorsqu'en 1868, le Professeur Hervieux souhaite donner des cours de pathologie aux sages-femmes, il est vivement critiqué par Tarnier qui préfère qu'elles n'en sachent pas trop

sur la pathologie et appellent le médecin le plus rapidement possible⁴. Cela témoigne d'une divergence de point de vue sur les compétences de la sage-femme entre accoucheurs.

Les manuels de cours traitent des pathologies de la grossesse tels que les vomissements incoercibles, la pré éclampsie, les métrorragies. L'accouchement y est décrit pour toutes les variétés de présentation, eutociques et dystociques comme celle de l'épaule négligée. Les accidents pouvant survenir dans les suites de couches tels que les hémorragies et les infections sont abordées. Mais les auteurs ne manquent jamais de conclure : « *dans ce cas, la sage-femme doit appeler un médecin* »⁷⁹.

La durée des cours consacrés à ces chapitres dépend évidemment de la durée globale des études et l'allongement de celles-ci à deux ans en 1892 permet aux sages-femmes d'acquérir plus de connaissances théoriques et pratiques. Le modèle de l'école de la Maternité de Paris se répand dans toute la France¹², et l'enseignement, les sujets d'examens portent sur les malformations du bassin, les convulsions en cours de grossesse, la rupture utérine, même si les questions sur les forceps et les crochets laissent place à des sujets sur les techniques et indications de la version, sans doute pour éviter que les sages-femmes n'en sachent trop sur l'emploi des instruments.

Plus les études sont longues et complètes, plus les cas rencontrés durant celles-ci sont nombreux, et plus les jeunes sages-femmes seront instruites et expérimentées.

À la Maternité de Paris, la sage-femme en chef choisit une élève de deuxième année pour effectuer les manœuvres en cas d'accouchement dystocique. Un système de roulement permet aux élèves de voir puis de pratiquer des accouchements normaux et pathologiques. Les cas les plus intéressants font l'objet de démonstration devant toutes les promotions réunies, en présence du chirurgien et de la sage-femme en chef. Les élèves suivent la visite quotidienne et assurent les soins aux femmes enceintes, aux accouchées et aux nouveau-nés sains ou présentant des pathologies. Après 1870, des élèves sont spécialement choisies pour travailler à l'infirmerie avec les femmes infectées, afin de limiter les contacts entre elles et le personnel s'occupant des femmes saines.

Au cours de la grossesse, la sage-femme sait reconnaître les signes cliniques de la pré éclampsie, tels que les œdèmes, les maux de têtes, les troubles de la vision, les acouphènes. C'est à elle que revient l'obligation de pratiquer un examen d'urines à la recherche d'albumine et d'appeler le médecin si celui-ci s'avère positif. Elle est d'autant plus attentive si la femme est primipare ou bien si elle présente des antécédents de pré éclampsie. Elle sait également reconnaître les convulsions et la crise d'éclampsie et a appris que celle-ci est souvent associée à la naissance d'enfant de petit poids.

Souvent appelée auprès d'une femme qui saigne en cours de grossesse, elle peut diagnostiquer un placenta prævia par le toucher vaginal et agir en conséquence. Elle surveille ensuite la femme durant le reste de sa grossesse, passant parfois plusieurs jours au domicile de la femme afin d'intervenir le plus vite possible en cas de récurrence. La sage-femme est également la première à diagnostiquer une hémorragie du post-partum chez une femme qu'elle vient d'accoucher. Si les hémorragies cataclysmiques sont facilement reconnaissables, nous pouvons supposer que les hémorragies sont peut-être parfois sous évaluées, les sages-femmes ne disposant pas de nos actuels « sacs à sang » gradués.

La sage-femme a également appris durant ses études à rechercher les signes en faveur d'un bassin anormal tel que petite taille, traces visibles de rachitisme, acquisition de la marche tardive, boiterie, et elle sait pratiquer l'examen du bassin. Elle sait reconnaître, par le palper abdominal et l'endroit où les bruits du cœur sont les mieux perçus, la présentation fœtale.

En cours de travail, la sage-femme est informée de l'avancement du travail par le toucher vaginal, qui indique la progression de la dilatation du col et la position fœtale. L'observation de la parturiente lui est également utile : fréquence et intensité des contractions, envies expulsives, positionnement de la patiente sont autant d'indices sur la progression du travail. Quand il dure depuis de longues heures voire de longs jours, que la mère se fatigue inutilement, que l'examen clinique montre un bassin très vicié, une sage-femme suffisamment instruite sait reconnaître que les seules forces de la mère ne suffiront pas pour terminer l'accouchement.

Dans les suites de couches, la sage-femme demeure au domicile de la patiente ou bien revient la voir au cours de visites durant les premiers jours. Elle surveille la température et le pouls de l'accouchée et veille à son hygiène, son alimentation, sa santé, son repos pour lui assurer un bon rétablissement. Elle doit connaître les signes précurseurs de l'infection puerpérale : fièvre, utérus mou et

douloureux, lochies fétides, et ce avant que l'état de l'accouchée ne soit trop grave afin d'avoir le temps d'intervenir et de prévenir un médecin.

Sortie de l'école, la jeune sage-femme acquiert de plus en plus d'expérience au fil des accouchements. Les cas rencontrés sont une illustration de ses cours théoriques. Les professeurs recommandent de tenir un cahier d'accouchement, tout d'abord pour des raisons de comptabilité, mais plus encore pour avoir un recueil exhaustif des cas rencontrés. Ils leur conseillent également d'échanger avec leurs collègues et de toujours chercher à maintenir leurs connaissances à jour. Cependant, les livres coûtent cher, et restent sans doute réservés aux sages-femmes les plus aisées. Les élèves sortent toutefois de l'école en emportant leurs manuels scolaires ou encore des livres reçus en récompense pour les élèves primées. Mais les évolutions dans le domaine de la médecine sont fréquentes et les ouvrages deviennent vite obsolètes. Les journaux, moins chers et plus accessibles, sont un moyen de maintenir à jour les compétences des sages-femmes. Les découvertes scientifiques, les nouvelles conduites à tenir et des exemples concrets au travers des cas cliniques y sont exposés. De plus, ces journaux relayent les annonces de cours dispensés par les médecins pour les sages-femmes en exercice. Ils permettent également aux sages-femmes de partager leur expérience avec leurs consœurs, ou d'être informées des élargissements de compétences et des modifications législatives. Par exemple en 1894, Mme Ducarre-Cognard, sage-femme à Lyon adresse un article au *Journal* et conclut ainsi : « *Toutes les félicitations à Melle Fayolle. J'ai été heureuse de constater que la manœuvre dont je me suis servie, dans un cas de présentation de la face sans rotation, publiée dans le Journal des Sages-femmes, le 1er septembre 1892, ait été mis en pratique avec succès* »⁸⁰.

Tout en étant la spécialiste de la grossesse et de l'accouchement physiologique, la sage-femme peut donc reconnaître une situation anormale et agir en conséquence ; si la situation demande une action urgente, qui entre dans ses compétences, elle peut intervenir. Sinon, elle doit appeler un médecin le plus rapidement possible, tout en restant auprès de la femme et en se tenant prête à mettre en œuvre les thérapeutiques que le médecin prescrira.

Mais le corps de métier des sages-femmes n'est pas homogène. Nous avons décrit les différentes formations qui mènent au métier de sage-femme et les différents modes d'exercice.

Les sages-femmes de deuxième classe sont en général des femmes pour lesquelles les écoles exigent moins d'instruction avant leur entrée, et dont les études durent moins longtemps que celles des sages-femmes de première classe. Ce sont également les sages-femmes les plus pauvres, donc celles qui ont le moins accès aux livres, aux revues et aux cours payants. Pourtant, ce sont les sages-femmes les plus isolées, les plus autonomes vis-à-vis des médecins. En effet, les sages-femmes de première classe choisissent de préférence de s'établir à Paris et dans les grandes villes de province à la fin de leur diplôme. Les sages-femmes rurales sont quasi-exclusivement des sages-femmes de deuxième classe. Les moyens de transports et de communication sont réduits à cette époque, surtout dans les campagnes, et les médecins sont difficiles à joindre.

Ce sont peut-être ces sages-femmes qui sont les moins à même de dépister une pathologie, alors que dans ces situations, le diagnostic doit être porté rapidement, car plusieurs heures peuvent s'écouler entre l'appel et l'arrivée du médecin. De nombreux cas cliniques de médecins déplorent le retard d'appel, face à des situations critiques, où la sage-femme n'a pas jugé bon d'intervenir, voire a abandonné une parturiente. Bien que ce cas ait lieu en Belgique, il illustre très bien ce propos : Mademoiselle Matray, interne dans le service du Professeur Charles à la Maternité de Liège déplore en 1882 :

« Le 12, vers sept heures du soir, les douleurs ont commencé à se faire sentir dans le bas-ventre et les reins; une sage-femme de la ville a constaté alors que le travail débutait; quoique avertie de différents malaises éprouvés par la patiente (violente douleur de tête, troubles de la vue, vomissements fréquents, œdèmes des membres et de la face), elle s'est retirée sans faire d'autres recommandations que celle de venir la rappeler dès que les douleurs seraient plus fortes. Il est certain que les quatre signes énoncés précédemment suffisaient pour éveiller des craintes sérieuses, pour engager à examiner les urines et recourir aux lumières d'un médecin, qui seul, dans ce cas, est compétent. Vers minuit, éclate un premier accès d'éclampsie; la sage-femme rappelée, se contente de dire que le col se resserre; après trois quarts d'heure, de nouvelles convulsions surviennent et l'on décide de transporter la malheureuse à la Maternité »⁸¹.

Le jugement de Mademoiselle Matray à l'égard de cette sage-femme est d'autant plus sévère qu'elle estime que les signes précurseurs de la pré éclampsie doivent

être connus par toute sage-femme en exercice.

Selon les médecins du dix-neuvième siècle, ce sont les sages-femmes de deuxième classe qui dévalorisent la profession. Peu formées, peu instruites, leur intervention n'est pas toujours bénéfique à la mère et à l'enfant. Ce sont les plus nombreuses durant cette période et les conséquences malheureuses de leurs prises en charge défectueuses rejaillissent sur l'ensemble de la profession auprès des médecins et des femmes. Leur réputation est parfois si mauvaise que les médecins les assimilent aux anciennes matrones.

À l'inverse, les sages-femmes de première classe, élite de la profession, maintiennent régulièrement leurs connaissances à niveau, voire participent à la rédaction de revues, et savent parfaitement diagnostiquer une situation anormale. C'est pour cela que certains médecins et sages-femmes souhaitent unifier les deux classes de sages-femmes, afin que le niveau de formation soit le même pour toutes, et si possible aussi conséquent que celui-ci des sages-femmes de première classe. La décision d'abolir les deux classes de sages-femmes ne sera malheureusement prise qu'en 1916.

La première hypothèse est donc en partie validée. Normalement, le programme théorique des études de sages-femmes comprend l'étude des situations pathologiques. Mais la petite taille des hospices départementaux ne permet pas toujours aux sages-femmes de seconde classe de se confronter à des situations anormales. Un certain nombre de praticiennes de la période étudiée n'est pas parfaitement formé au dépistage et au diagnostic de la pathologie.

3.2 Deuxième hypothèse :

La sage-femme, en attendant le médecin, peut mettre en œuvre des thérapeutiques, en fonction de son domaine de compétence, de son droit de prescription et d'utilisation de celles-ci. Mais certaines thérapeutiques, instruments et manœuvres lui sont interdits.

Une fois que la sage-femme a diagnostiqué une situation anormale, sa première intervention doit normalement être l'appel du médecin. Or, nous l'avons déjà vu, celui-ci peut mettre de longues heures avant d'intervenir, et certaines

situations requièrent une prise en charge immédiate.

En l'absence d'un médecin, la possibilité d'intervention de la sage-femme reste limitée. En cas d'éclampsie, la sage-femme ne peut que terminer par la version un accouchement déjà commencé, car elle ne peut pas, normalement, administrer chloral et chloroforme en dehors de la prescription d'un médecin et elle ne peut pas déclencher l'accouchement. Par contre elle peut pratiquer la saignée, à laquelle elle a été formée, ce qui peut parfois permettre de gagner quelques heures, en abaissant temporairement la pression artérielle.

En cours de travail, en dehors de la rupture tempestive des membranes et de la version, il ne lui reste que les « petits moyens » tels que les bains ou diverses herbes pour aider la parturiente. Pourtant, certaines sages-femmes pratiquent la rupture artificielle intempestive et deux cas ont été retrouvés pour lesquels une sage-femme a donné du seigle ergoté en cours de travail, malgré le danger et les interdictions formulées par les médecins.

La sage-femme peut pratiquer l'épisiotomie si l'expulsion est trop longue. Les sages-femmes du dix-neuvième siècle pratiquaient-elles déjà l'expression utérine, toujours utilisée de nos jours, quoique remise en question puis interdite ? Aucun cas d'expression utérine n'est retrouvé dans le *Journal des Sages-femmes* ni dans les manuels d'accouchement étudiés. Il peut toutefois être supposé qu'elle avait cours, tant elle était répandue au vingtième siècle. De plus, elle ne nécessite pas l'intervention d'un médecin, juste d'une aide qui peut parfaitement être une personne de la famille de la parturiente.

Pour anticiper une dystocie, la sage-femme peut pratiquer la version par manœuvres externes durant la grossesse, mais ne peut pas décider d'un accouchement prématuré artificiel, car les dilatateurs et autres méthodes lui sont interdits. Ce qui est logique, car cette situation est pathologique et le déclenchement de l'accouchement n'est pas urgent ; la sage-femme a donc le temps et le devoir d'adresser la femme à un médecin ou de l'envoyer à l'hôpital. De fait, aucun cas d'accouchement prématuré provoqué par une sage-femme n'est retrouvé dans le *Journal* et aucune sage-femme n'avoue y avoir eu recours. Au contraire, plusieurs sages-femmes écrivent avoir adressé la femme à l'hôpital ou au médecin le plus proche, devant une patiente présentant un bassin très rétréci ou de nombreux antécédents d'accouchements difficiles. En dépit des revendications de certaines sages-femmes, l'emploi du forceps

et des autres instruments demeure interdit. Les sages-femmes qui les utilisent, et ne s'en cachent pas, comme c'est le cas de deux d'entre elles dans le *Journal des sages-femmes* risquent une lourde amende voire une peine de prison.

C'est en cas d'hémorragie que la sage-femme est la plus utile et que ses compétences sont quasiment les mêmes que celles du médecin. En effet, elle peut pratiquer le tamponnement et la rupture artificielle des membranes en cas d'hémorragie sur placenta prævia, même si normalement elle ne peut le faire qu'à dilatation complète. Elle préconise le repos et délivre du laudanum à la patiente pour faire cesser les contractions et les métrorragies. Par contre, comme dans les cas d'éclampsie, elle ne peut déclencher le travail si les métrorragies sont trop importantes.

Dans les hémorragies du post-partum, elle pratique la délivrance artificielle et la révision utérine. En massant l'utérus et en administrant de l'ergot de seigle, seul ocytocique connu jusqu'en 1910, elle permet la rétraction utérine et l'arrêt des saignements. À la fin des années de parution du *Journal*, l'emploi de la pituitrine est encore expérimental, et son administration par les sages-femmes n'est pas encore évoquée. Elle leur sera par la suite autorisée pour le déclenchement et la direction du travail, mais aussi dans le cas des hémorragies de la délivrance.

Si certaines sages-femmes sont formées à la réparation des lésions périnéales, toutes essayent plus ou moins de protéger le périnée en cours d'expulsion, pour éviter ces déchirures. Elles pratiquent également l'hémostase par compression et se servent de pinces hémostatiques.

Le grand rôle de la sage-femme dans la lutte contre la mortalité maternelle est finalement un rôle de prévention. C'est dans la lutte contre l'infection puerpérale qu'il s'illustre le plus. Comme les sages-femmes pratiquent la majorité des accouchements, c'est à elles qu'il revient de veiller à l'hygiène de l'environnement et du corps de l'accouchée. Ce sont elles qui surveillent la jeune mère durant les suites de couches, à la recherche des premiers signes d'infection. Si celle-ci se déclare tout de même, la sage-femme ne peut que redoubler de vigilance et de zèle dans l'application de la méthode antiseptique, car elle ne peut légalement administrer d'autres substances que le sublimé, et ne peut pas pratiquer le curetage utérin.

Mademoiselle Andrieu, sage-femme de première classe, résume dans son

livre « *Le rôle la sage-femme dans la société* » paru en 1889, que l'intervention des sages-femmes auprès des femmes est un rôle de prévention, il convient qu'elles restent vigilantes afin de détecter les premiers signes d'une pathologie. Elles doivent ensuite prévenir le médecin au plus vite et en cas d'urgence mettre en œuvre les traitements selon leurs compétences, toujours selon le premier principe de la médecine : « *primum non nocere* »⁸².

Tous les médecins de cette époque ne peuvent que la rejoindre, comme le fait le docteur Hammon, en 1873 :

*« Dans le présent cas, et c'est par cette remarque pratique que je désire terminer cette courte note, le travail n'était point susceptible d'une solution naturelle. Il devait aboutir à une terminaison artificielle, dont peu de sages-femmes, en dehors d'une urgente nécessité, eussent osé assumer la responsabilité. La conduite de Mme Gaudin, dans l'espèce, a été digne d'éloges, et devrait être suivie par toutes les matrones. Une fois convaincue de la gravité de la situation, elle n'a pas hésité à prendre de suite un parti que beaucoup ne se décident à prendre que tardivement, alors que la tâche de l'accoucheur est devenue beaucoup plus difficile, et que les intérêts de la mère et de l'enfant sont plus ou moins gravement compromis. Un trop grand nombre de sages-femmes ont le tort de considérer l'accoucheur comme un ennemi, craignant aussi de révéler par là leur impuissance, elles ne se résignent à l'appeler qu'à leur corps défendant. Elles commettent ainsi une grande faute que, plus d'une, à ma connaissance, ont chèrement expiée. Mieux vaut cent fois, pour elles, appeler en aide un accoucheur habile, alors même que le péril n'est pas imminent, que de réclamer son secours, à un moment où il lui est bien difficile de conjurer le danger. Qu'il vienne, dans ces derniers cas, à se déclarer une catastrophe, elle retombera de tout son poids sur celle qui, par son incurie ou son orgueil, aura tout fait pour l'occasionner. »*⁸³

Notre hypothèse est donc validée ; la sage-femme peut intervenir en cas d'urgence, dans une situation qui menace la vie de la mère et/ou de son enfant, mais avec des moyens limités. C'est pour cela, que, dans certaines situations difficiles, des sages-femmes dépassent leurs compétences en prescrivant et administrant des remèdes qui leur sont interdits, voire en pratiquant les manœuvres réservées au médecin.

3.3 Troisième hypothèse :

Les thérapeutiques de cette époque avaient une efficacité relative. Ils étaient découverts, expérimentés, recommandés et diffusés de plusieurs manières, notamment par les journaux médicaux. Les premières études soulignent le début de *Evidence Based Medicine*, qui s'oppose au savoir empirique des siècles précédents.

La majorité des manœuvres pratiquées au dix-neuvième siècle le sont encore aujourd'hui. La version par manœuvres externes est quasiment systématique en cours de grossesse, sauf contre-indication, pour les fœtus en présentation podalique ou transverse. Les extractions instrumentales ont toujours cours. La version par manœuvres internes reste réalisée, mais uniquement dans le cas d'accouchement gémellaire, pour le deuxième jumeau. Ces méthodes ont donc fait leurs preuves et, bien pratiquées, par un praticien correctement formé, elles sont efficaces dans la prise en charge d'un travail dystocique.

Grâce au perfectionnement de la césarienne, les extractions difficiles et mutilantes à l'aide d'embryotome ont disparu. Quoiqu'efficaces en dernier recours, lorsque la survie de la mère ne pouvait se faire qu'aux dépens de l'enfant, elles étaient dangereuses et dramatiques, et, pour cela, ont été progressivement abandonnées.

La symphyséotomie est abandonnée à la fin du dix-neuvième siècle, en raison des dangers qu'elle présente par rapport à la césarienne. La mortalité après cette opération diminue au fur et à mesure de la période étudiée, car les chirurgiens maîtrisent de mieux en mieux la technique de suture, l'asepsie et l'antisepsie. Elle s'impose donc petit à petit comme la solution face aux situations dangereuses en cours de grossesse et de travail : éclampsie, hématome rétro placentaire hémorragies sur placenta prævia ou encore travaux difficiles.

Les dilatateurs ont été eux aussi abandonnés au profit des prostaglandines et de l'ocytocine pour le déclenchement et la direction du travail. Ces instruments étaient parfois irritants et blessaient le col utérin. De plus, il fallait parfois plusieurs jours avant que le travail ne soit finalement déclenché. Les lamineurs restent cependant utilisées par certaines équipes.

La délivrance artificielle et la révision utérine, avec le massage utérin demeurent les premières étapes de la prise en charge d'une hémorragie de la délivrance. Le tamponnement a été abandonné en raison de son risque infectieux au

profit des tocolytiques par voie intra veineuse et de la césarienne en cas de métrorragies trop importantes. Les accoucheurs et les sages-femmes se servaient du toucher vaginal pour diagnostiquer un placenta prævia, alors qu'aujourd'hui le toucher vaginal est formellement contre indiqué en cas d'anomalie d'insertion placentaire, et avantageusement remplacé par l'échographie par voie abdominale. De fait, les manœuvres efficaces au dix neuvième siècle sont celles qui se sont développées et sont encore utilisées aujourd'hui. Les autres ont été progressivement remplacées par d'autres, plus efficaces et moins risquées, et sont donc peu à peu tombées dans l'oubli.

Concernant les traitements, l'ergot de seigle reste un puissant ocytocique ayant fait ses preuves, mais dont l'usage s'est progressivement restreint en raison des dangers que son utilisation représente pour la mère et l'enfant. Ses alcaloïdes et ses dérivés font toujours partie de la pharmacopée actuelle. La pituitrine, découverte au tout début du vingtième siècle démontrera son efficacité pour les travaux dirigés et provoqués, et les atonies utérines. L'hormone hypophysaire sera identifiée plus tard comme l'ocytocine et enfin synthétisée par les laboratoires pharmaceutiques, durant la seconde moitié du vingtième siècle, sous le nom de Syntocinon®.

Pour les traitements de la pré éclampsie et de l'éclampsie, à savoir le régime lacté, le chloroforme et l'hydrate de chloral, ils étaient sans doute inefficaces puisqu'abandonnés aujourd'hui. Pourtant, de nos jours, aucun traitement n'est encore capable de guérir une femme enceinte atteinte de pré éclampsie. La solution face à une patiente présentant des accès éclamptiques reste encore la terminaison rapide de la grossesse. Le seul traitement réellement efficace était la saignée, mais permettait juste de gagner du temps avant de déclencher l'accouchement.

Les antiseptiques ont changé, ils ne sont plus utilisés de la même manière mais restent très importants dans la prévention des infections, notamment nosocomiales. La quinine a été progressivement remplacée par d'autres antipyrétiques plus puissants. Le vrai progrès en matière de lutte contre les infections en général et l'infection puerpérale en particulier, est la découverte de la pénicilline à la fin de la seconde guerre mondiale.

Le vingtième siècle marque le début de « *Evidence Based Medecine* ». Les médecins ne s'appuient plus sur leur seule expérience personnelle pour argumenter leur prise en charge. Ils réalisent des études, recueillent des statistiques dans leurs

services et les publient au travers des journaux médicaux. Des protocoles émergent au sein des grandes maternités, issus de la réflexion des médecins après lecture de ces articles. Ainsi l'hôpital Sainte-Eugénie de Lille où une injection systématique prophylactique d'ergot de seigle est effectuée après chaque délivrance complète⁷⁰. Si nous pouvons critiquer la valeur de ces articles, en raison du faible nombre de patientes que les études incluent, des nombreux biais et de l'absence de randomisation, nous pouvons relever que cette démarche nouvelle rompt avec des siècles de savoir empirique. Les connaissances nouvelles se diffusent par les livres, et les accoucheurs reconnus de cette époque ne manquent pas d'écrire le leur, qui est réécrit, mis à jour et réédité ensuite. Elles se répandent aussi dans les amphithéâtres de médecine, que ce soit lors de la formation initiale des médecins et des sages-femmes, ou lors de leur formation continue.

Notre hypothèse est donc partiellement validée. En effet, certaines pratiques étaient efficaces quoique perfectibles. Ce sont celles qui sont encore utilisées de nos jours. Elles ont été en tout cas suffisantes pour faire fortement chuter la mortalité maternelle durant la période étudiée, notamment dans le domaine infectieux. Ainsi la mortalité maternelle à la Clinique Baudelocque n'est plus que de 0,13% en 1900. Elle chute à 0,24% entre 1898 et 1905 à la Maternité de Paris³⁵. C'est une belle victoire, dans cet établissement où la mortalité maternelle frôlait les 20% dans les années 1860.

D'autres prises en charge n'étaient pas ou peu efficaces, voire délétères. Elles ont donc été progressivement abandonnées, au cours de la période étudiée et durant le vingtième siècle. Le concept de « *Evidence Based Medicine* » émerge au dix-neuvième siècle, avec les premières études et la diffusion de leurs conclusions. Les équipes peuvent ainsi appuyer leur prise en charge et leurs protocoles sur des preuves solides et scientifiques et non plus sur un savoir empirique.

Les femmes se dirigent progressivement vers l'hôpital pour accoucher, non plus par indigence ou pour cacher leur maternité à leurs proches, mais parce que l'hôpital dispense des soins de haute qualité, gratuits, et assurés par un personnel compétent, et que les mères peuvent s'y rendre sans crainte de la contagion. Ainsi, en 1899, les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris pratiquent 16 294 accouchements, sur les 64 000 naissances de la ville de Paris contre 5180 pour 66 000 en 1880⁸⁴. Cette transformation se confirmera au cours du vingtième siècle, s'accéléralant après la Seconde Guerre mondiale. De nos jours, la quasi totalité des

accouchements a lieu dans un environnement hospitalier. Cependant, certaines femmes et certaines sages-femmes souhaitent une alternative à l'accouchement hospitalier, notamment en réhabilitant l'accouchement à domicile, et l'accouchement en maisons de naissance, lesquelles peuvent s'apparenter aux maisons d'accouchement tenues par les sages-femmes du dix-neuvième siècle.

Malgré des progrès importants, la France reste toujours montrée du doigt en matière de mortalité périnatale. La mortalité maternelle était de 9,6/100 000 naissances entre 2001 et 2006 selon un rapport de l'Institut Nationale de Veille Sanitaire. Ce sont ainsi environ 70 décès qui surviennent par an, la moitié étant évitable selon les experts. Les hémorragies et les complications de l'hypertension demeurent, comme au dix-neuvième siècle, des causes majeures de décès⁸⁵.

La mortalité infantile elle aussi a progressivement chuté, grâce au développement de la réanimation néonatale, à la stérilisation du lait de vache, à la lutte contre les infections, par les vaccins et les antibiotiques. Elle stagne cependant depuis quelques années, et était de 3,7/1 000 naissances vivantes en 2009, plaçant la France au quatorzième rang européen⁸⁶.

Conclusion

La sage-femme est le personnage incontournable de la grossesse et de l'accouchement, durant la période étudiée et jusqu'à aujourd'hui. Elle demeure la spécialiste de l'eutocie, mais parce qu'elle assiste la majorité des naissances, c'est à elle que revient la responsabilité de dépister la pathologie. Même si sa première action doit être l'appel du médecin, les situations urgentes requièrent son intervention immédiate. De mieux en mieux formée, de plus en plus compétente, elle prend en charge les femmes de manière adéquate et complémentaire du médecin, le spécialiste de la pathologie. De plus, elle a un grand rôle de prévention, notamment dans le domaine de l'infection puerpérale, fléau des maternités du dix-neuvième siècle.

Grâce à l'amélioration de ses compétences et de ses connaissances, couplée aux immenses progrès de la médecine, la mortalité maternelle recule progressivement. Les hôpitaux deviennent des lieux de soins de qualité, et une transformation sociale majeure s'opère car les femmes sont de plus en plus nombreuses à y accoucher. Ceci marquera une mutation au sein de la profession de sage-femme, car de libérales les sages-femmes deviendront hospitalières.

Les sages-femmes sont également responsables de la diminution de la mortalité infantile, même si ce rôle n'a pas été développé dans ce travail. Par le suivi de la grossesse et la protection de la vie des mères, elles augmentent les chances de survie des nouveau-nés. Formées à la réanimation néonatale et aux soins du nouveau-né, elles accompagnent les premiers jours et mois de vie. Enfin, de nombreuses sages-femmes s'investissent dans la pratique de la vaccine et la promotion de l'allaitement maternel. De nombreux articles médicaux y font référence. Comme leur rôle dans la diminution de la mortalité maternelle, leur action pour la sauvegarde des nouveau-nés mériterait d'être étudiée et reconnue lors de nouvelles recherches.

Bibliographie

-
- ¹Volkman J. Petite chronologie de l'histoire de France. Paris: J.-P. Gisserot; 1999.
- ²Cova A. Maternité et droits des femmes en France : XIXe-XXe siècles. Paris: Anthropos; 1997.
- ³Sauvy A. Le malthusianisme anglo-saxon. pop. 1947;2(2):221-242.
- ⁴Beauvalet-Boutouyrie S. Naître à l'hôpital au XIXe siècle. Paris: Belin; 1999
- ⁵Faure O. Les Français et leur médecine au XIXe siècle. Paris: Belin; 1993.
- ⁶Bellanger C, Renouvin P. Histoire générale de la presse française. Paris: Presses universitaires de France; 1969.
- ⁷Albert P. La presse. Paris: Presses universitaires de France; 1991.
- ⁸Gélis J. La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie. Paris: Fayard; 1988.
- ⁹Sartori E. Histoire des femmes scientifiques de l'Antiquité au XXe siècle : les filles d'Hypatie. Paris: Plon; 2006.
- ¹⁰Coulon-Arpin M. La maternité et les sages -femmes : de la préhistoire au XXe siècle. Paris: Les Éditions Roger Dacosta; 1981.
- ¹¹Gélis J. L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle. [Paris]: Fayard; 1984.
- ¹²Sage-Pranchère N. Mettre au monde : sages-femmes et accouchées en Corrèze au XIXe siècle. Tulle: 2007.
- ¹³Tucat D. Les sages-femmes à Paris, 1871-1914. 1983;
- ¹⁴Les nouvelles pratiques de santé acteurs, objets, logiques sociales (XVIIIe-XXe siècles). Paris: Belin; 2004.
- ¹⁵Ribier FPGD, Brouardel P. Les sages-femmes en France : ce qu'elles ont été, ce qu'elles sont ce qu'elles pourraient être. Paris: P. Delmar; 1897.
- ¹⁶Journal des sages-femmes. Paris (F): Subvention pour les sages-femmes, 16 août 1879, page 315.
- ¹⁷Journal des sages-femmes. Paris (F): Annonce pour une sage-femme hospitalière à Meaux, 16 juillet 1894, page 111.
- ¹⁸Journal des sages-femmes. Paris (F): Des honoraires dus aux sages-femmes dont le ministère est requis en matière de justice criminelle, 1^{er} février 1874, page 20.
- ¹⁹Journal des sages-femmes. Paris (F): Annonce, Clientèle à céder, 1^{er} janvier 1893, page 7.
- ²⁰Journal des sages-femmes. Paris (F): 1^{er} février 1914.
- ²¹Boussereau C. Valeurs des choses de la vie quotidien, salaires moyens... de 1370 à nos jours : 1982.
- ²²Journal des sages-femmes. Paris (F): Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Budin: Deux présentations de l'épaule. Version par manœuvres internes dans les deux cas, 1^{er} mai 1903, page 265.
- ²³Journal des sages-femmes. Paris (F) : juillet 1873, Hector Fontan, Éditorial, page une.
- ²⁴Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur Bouilly, 16 juillet 1888, Discours de remise des prix à la Maternité, page 107.
- ²⁵Journal des sages-femmes. Paris (F): Société médicale des hôpitaux. Séance du 7 juillet (extrait du *Praticien*). Statistiques de la Maternité 1^{er} août 1882, page 117.

-
- ²⁶ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur Benier : Chronique obstétricale. Affections puerpérales, 1873, page 3.
- ²⁷ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Professeur Tarnier, Faculté de médecine de Paris. Leçon d'ouverture, 1^{er} mai 1884, page 65.
- ²⁸ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Tarnier : De l'antisepsie dans la clientèle, 16 janvier 1892, page 10.
- ²⁹ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Académie de Médecine, séance du 4 février 1890 : Les sages-femmes et l'antisepsie puerpérale, 16 février 1890, page 27.
- ³⁰ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Extrait de *De l'Asepsie et de l'Antisepsie*, S. Tarnier : De l'antisepsie dans la pratique des sages-femmes, 16 novembre et 16 décembre 1895, pages 363 et 379.
- ³¹ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur Louis Perria, ancien moniteur de la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de médecine de Paris : Injections vaginales et suites de couches, 1^{er} novembre 1913, page 356.
- ³² Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur A. Muller (d'Altkirch), (extrait du *Journal d'Hygiène*) : Prévention des affections puerpérales. Instructions aux sages-femmes. 16 avril 1882, page 61.
- ³³ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur Paul Delmas, Professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Médecine de Montpellier (extrait du *Concours médical*) : La pratique journalière de l'infection puerpérale, janvier et février 1913, pages 201, 209 et 217.
- ³⁴ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Professeur Fabre, Traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales à streptocoques pyogènes par l'essence de térébenthine (extrait de *l'Obstétrique*), 1^{er} avril 1909, page 244.
- ³⁵ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Budin : Précautions à prendre pour éviter l'infection puerpérale, 1^{er} juillet 1905, page 297.
- ³⁶ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Professeur Chatreuil, leçon faite à l'hôpital des Cliniques. Du bassin cyphotique, 16 mai 1881, page 268.
- ³⁷ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Pajot : Dernière leçon, 1^{er} janvier 1887, page 201.
- ³⁸ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Pajot : Présentation du tronc; rétrécissement du bassin; insertion du placenta sur le segment inférieur; rupture de la matrice et du vagin, 16 janvier 1884, page 9.
- ³⁹ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur Rousseau-Saint Philippe, Revue clinique : Du rachitisme et de sa prophylaxie par les Gouttes de Lait, 1^{er} février 1906, page 22.
- ⁴⁰ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Tarnier : Présentation de l'épaule droite. Détruncation. Application de forceps, 16 janvier 1890, page 9.
- ⁴¹ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Académie de Médecine, Séance du 9 mars 1880, Docteur Lucas-Championnière, 1^{er} mai 1880, page 69.
- ⁴² Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchements et de gynécologie du Professeur Tarnier : Traitement des hémorragies qui surviennent après la délivrance, 16 novembre 1889, page 367.
- ⁴³ Journal des sages-femmes. Paris (F) : Revue clinique (extrait du *Paris médical*, premier novembre 1913) : L'emploi de l'extrait hypophysaire en obstétrique; ses indications et ses contre-indications, 1^{er} avril 1914, page 53.

-
- ⁴⁴Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchements et de gynécologie du Professeur Tarnier : De la version, janvier 1893, pages 193 et 202.
- ⁴⁵Journal des sages-femmes. Paris (F) : Madame Perrucot, sage-femme : Observations. Rupture de l'utérus pendant le travail. Fœtus volumineux. Mort de la mère et de l'enfant resté dans la matrice, 1^{er} juin 1875, page 84.
- ⁴⁶Journal des sages-femmes. Paris (F) : Rose Vernissat, sage-femme: Insertion partielle du placenta sur le col de l'utérus, 16 juin 1885, page 286.
- ⁴⁷Journal des sages-femmes. Paris (F) : Mademoiselle Prost, sage-femme: Grossesse gémellaire. Procidence du cordon chez le premier fœtus. Mort par asphyxie, 1^{er} février 1901, page 218.
- ⁴⁸Journal des sages-femmes. Paris (F) : 16 octobre 1875, page 156.
- ⁴⁹Journal des sages-femmes. Paris (F) : Discours de Remise des Prix à la Maternité, Docteur Porak, 1^{er} septembre 1898, page 131.
- ⁵⁰Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Budin, août et septembre 1901, Que faut-il penser de l'accouchement prématuré artificiel? Cette opération est-elle une opération légitime ?, pages 305, 313 et 321.
- ⁵¹Journal des sages-femmes. Paris (F) : Madame Henry, sage-femme en chef à la Maternité de Paris : Mortalité des enfants nés avant terme à la Maternité de Paris avant et depuis l'emploi des moyens spéciaux (couveuse et gavage), 16 juillet 1892, page 111.
- ⁵²Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Pajot : Par quel procédé doit-on faire l'accouchement prématuré provoqué ?, 1^{er} mai 1885, page 265.
- ⁵³Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Docteur Paul Bar : Deux accouchements provoqués. Mensuration de la tête fœtale, 1^{er} mai 1898, page 65.
- ⁵⁴Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Budin : Disproportion entre le volume de la tête fœtale et le détroit supérieur. Application de forceps, août et septembre 1903, pages 313 et 321.
- ⁵⁵Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Budin : Opération césarienne, juillet 1904, pages 97 et 105.
- ⁵⁶Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Bar : L'accouchement par dilatation rapide du col, 1^{er} janvier 1910, page une.
- ⁵⁷Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur Lucas-Championnière, Discours de remise des prix, 1^{er} juillet 1879, page 298.
- ⁵⁸Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Bar : Accouchement chez les femmes atteintes de fibromes utérins, août et septembre 1909, pages 321 et 329.
- ⁵⁹Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur Potocki : Discours de remise des prix à la Maternité de Paris, 16 juin 1899, page 290.
- ⁶⁰Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique du Professeur Bar : Deux questions obstétricales. 1° Dans le cas de viciation pelvienne, le médecin peut-il, aujourd'hui, sans engager sa responsabilité morale, provoquer l'accouchement ? Pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant ? août 1907, pages 297 et 305.
- ⁶¹Journal des sages-femmes. Paris (F) : Hofstaetter, Revue clinique (extrait de *Province médicale*) : Traitement des hémorragies post partum, 16 janvier 1911, page 206.

-
- ⁶²Journal des sages-femmes. Paris (F) : Couvelaire, Professeur Agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux : Traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré, 16 mars 1913, page 241.
- ⁶³Journal des sages-femmes. Paris (F) : A. Cordes, Société médicale de Northumberland et de Durham, (extrait des *Annales de Gynécologie*) : Traitement du « placenta prævia » par le Docteur James Murphy, 1^{er} septembre 1885, page 326.
- ⁶⁴Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Tarnier. I/ Résumé statistique de la mortalité dans le service, 1^{er} août 1891, page 313.
- ⁶⁵Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Docteur Budin. III/ Présentation du siège. Hémorragie très grave. Placenta prævia, 16 mai 1888, page 74.
- ⁶⁶Journal des sages-femmes. Paris (F) : Extrait du *Traité de l'Art des accouchements*, par Tarnier et Budin : Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. Traitement. 1901, pages 306 à 380.
- ⁶⁷Journal des sages-femmes. Paris (F) : J. Audebert, Professeur à la faculté de Toulouse : Insertion centrale du placenta traitée par la méthode de Braxton-Hicks, 16 mai 1902, page 77.
- ⁶⁸Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Bar : Position actuelle du traitement du placenta prævia, mai et juin 1909, pages 273, 281 et 289.
- ⁶⁹Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Bar : Hémorragie rétro placentaire, 16 janvier 1910, page 9.
- ⁷⁰Journal des sages-femmes. Paris (F) : Service du Pr Pilat, Clinique obstétricale de l'hôpital de sainte Eugénie de Lille : Accouchement gémellaire à 6 mois ½. Naissance de deux filles. Lenteur du travail. Application de forceps sur le premier enfant. Rhumatisme articulaire 4 jours après l'accouchement. Guérison, 16 mai 1882, page 65.
- ⁷¹Journal des sages-femmes. Paris (F) : Professeur Cortet, de Montréal. Clinique obstétricale : Auto-intoxication gravidique, 1^{er} janvier 1910, page 4.
- ⁷²Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur Hamon, Essai pratique sur la traction mécanique appliquée à l'obstétrique, 16 mars 1877, page 236.
- ⁷³Journal des sages-femmes. Paris (F) : Mademoiselle Lemaire, interne, maternité de Liège, Service du Professeur Charles (extrait de *Journal d'accouchement de Liège*) : Primipare albuminurique au 7^e mois de la grossesse. Eclampsie; travail prématuré, accouchement rapide d'un enfant vivant, mort de la mère, 1^{er} septembre 1885, page 324.
- ⁷⁴Journal des sages-femmes. Paris (F) NC, (extrait de *Journal d'accouchements de Liège*) : Hémorragies accidentelles des derniers mois de la grossesse et de l'accouchement, hémorragies rétro placentaires, 1^{er} mai 1908, page 67.
- ⁷⁵Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Pajot. Eclampsiques, 16 août 1887, page 121.
- ⁷⁶Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Pajot : Eclampsie, 1^{er} janvier 1885, page 195.
- ⁷⁷Journal des sages-femmes. Paris (F) : M.F. Alvareda, Revue clinique (extrait de la *Revista de Especialidades medica*, Madrid, 10 décembre 1912) : Pathogénie et traitement de l'éclampsie 1^{er} juillet 1913, page 295.

-
- ⁷⁸Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Professeur Budin : Trois cas d'éclampsie, janvier, février et mars 1907, pages 201, 225, 233.
- ⁷⁹Budin P, Crouzat E. La pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes. Paris: O. Doin; 1891.
- ⁸⁰Journal des sages-femmes. Paris (F) : Madame Ducarre-Cognard, sage-femme à Lyon : Crises éclamptiques chez une multipare enceinte de 6 mois ½. Guérison de la mère, mort de l'enfant, 1^{er} juin 1894, page 83.
- ⁸¹Journal des sages-femmes. Paris (F) : Mademoiselle Matray, Interne, Service du Professeur Charles (Maternité de Liège). Primipare à huit mois de grossesse. Eclampsie pendant le travail. Accouchement naturel. Nouvelles attaques convulsives après la délivrance. Suites de couches compliquées de phlegmasies diverses. Mort le dixième jour, 16 janvier 1882, page 12.
- ⁸²Andrieu M. Du Rôle de la sage-femme dans la société. Paris: impr. de Alcan-Lévy; 1889.
- ⁸³Journal des sages-femmes. Paris (F) : Docteur L. Hamon : Chronique Obstétricale, Présentation de la tête compliquée d'engagement d'un avant bras. Version pelvienne. Un triste souvenir! Simple conseil au sages-femmes en cas d'accouchement anormal, 1873, page 19.
- ⁸⁴Journal des sages-femmes. Paris (F) : Clinique d'accouchement et de gynécologie du Pr Budin. Les accouchements dans la ville de Paris. Assistance Publique. Enseignement (1880-1900), 1900, page 201.
- ⁸⁵INVS [Internet]. [cité 2011 Fév 23];Available from: <http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=mortalit%E9+maternelle&Submit.x=0&Submit.y=0>
- ⁸⁶[INED] La mortalité infantile en France [Internet]. [cité 2011 Fév 23];Available from: http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/duree_de_vie_d_eces_mortalite/mortalite_infantile_france/

Références

- I. Audebert J. Petit code professionnel de la sage-femme : résumé de ses droits et de ses devoirs. Paris: A. Poinat; 1905.
- II. Biébow M, Beauvalet-Boutouyrie S, Université René Descartes (Paris). La vie des sages-femmes à Paris de 1900 à 1945. [S.l.]: [s.n.]; 2004.
- III. Cesbron P, Knibiehler Y. La naissance en Occident. [Paris]: Albin Michel; 2004.
- IV. Dalibot A, Rollet-Echalier C, Daligand M, Université René Descartes (Paris). Le berceau de la puériculture moderne : les soins du nouveau-né par la sage-femme à la Maternité de Paris au XIXème siècle. [S.l.]: [s.n.]; 2003.
- VI. Dubois F. De l'huile de foie de morue et de ses succédanés. H. Casterman; 1861.
- VII. Faure O. Scarlett BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Naître à l'hôpital au XIXe siècle, collection Modernités, Paris, Belin, 1999, 432 p. Cahiers d'histoire [Internet]. 1999 Sep 1 [cité 2010 Oct 2];(44-3). Available from: <http://ch.revues.org/index276.html>
- VIII. Forino M (B. Vingt-deux années de pratique d'accouchements. Paris: impr. de Noizette; 1890.
- IX. Grmek MD, Lambrichs LL. Histoire de la pensée médicale en Occident . Paris: Éd. du Seuil; 1999.
- X. Halioua B, Gentilini M, Fabiani J. Histoire de la médecine. Paris: Masson; 2009.
- XI. Hance S, Sureau C, Université René Descartes (Paris). Evolution des manœuvres obstétricales du XVI ème siècle à nos jours. [S.l.]: [s.n.]; 1996.
- XII. Huard P. L'enseignement libre de la médecine à Paris au XIXe siècle. rhs. 1974;27(1):45-62.
- XIII. Leroy F, Papiernik É. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002.
- XIV. Martin M, Monnot-Barbier A, Université René Descartes (Paris). Evolution de l'école de sages-femmes de Port-Royal à Baudelocque de 1802 à nos jours. [S.l.]: [s.n.]; 1994.
- XV. Nouet S, Morel M, Université de Nantes. Venir au monde dans la France d'autrefois : de la Renaissance à 1914. [S.l.]: [s.n.]; 2008.
- XVI. Papiernik É. La maternité : progrès et promesses. Paris: O. Jacob; 2008.
- XVII. Poulet J, Sournia J, Martiny M. Histoire de la médecine , de la pharmacie , de

l'art dentaire et de l'art vétérinaire . Paris: Société française d'éditions professionnelles médicales et scientifiques; 1990.

XVIII. Ribier FPGD, Brouardel P. Les sages-femmes en France : ce qu'elles ont été, ce qu'elles sont ce qu'elles pourraient être. Paris: P. Delmar; 1897.

XIX. Sartori E. Histoire des femmes scientifiques de l'Antiquité au XXe siècle : les filles d'Hypatie. Paris: Plon; 2006

XX. Schaal J , Riethmuller D , Maillet R . Mécanique et techniques obstétricales . Montpellier: Sauramps médical; 1998.

XXI. Sermet J. L'ergot de seigle et sa commercialisation en Espagne. geo. 1955;64(342):156-158.

XXII. Speert H. Histoire illustrée de la gynécologie et de l'obstétrique. Paris: R. Dacosta; 1976.

XXIII. Stone TW, Stone T, Darlington G. Pills, potions, and poisons: how drugs work. Oxford University Press; 2004.

XXIV. Tarnier S. Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches : thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue le 17 avril 1857. Paris: Rignoux Imprimeur de la Faculté de médecine; 2003.

XXV. Revue professionnelle des sages-femmes. Paris (F):

XXVI. La pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes. Paris: O. Doin; 1891.

XXVII. Le Parfait nourricier. Paris: Le Parfait nourricier; 1894.

XXVIII. La médecine à Paris du XIIIe au XXe siècle. Paris: Hervas; 1984.

Annexes

Annexe I : Législation professionnelle au dix-neuvième siècle

Loi du 19 ventôse an XI :

Titre V : De l'instruction et de la réception des sages-femmes :

Article 30 : Outre l'instruction donnée dans les écoles de médecine, il sera établi, dans l'hospice le plus fréquenté de chaque département un cours annuel et gratuit d'accouchement, théorique et pratique, destiné particulièrement à l'instruction des sages-femmes.

Article 31 : Les sages-femmes devront avoir subi au moins deux de ces cours et vu pratiquer pendant neuf mois, ou pratiquer elles-mêmes les accouchements pendant six mois dans un hospice, ou sous la surveillance d'un professeur, avant de se présenter à l'examen.

Article 32 : Elles seront examinées par les jurys, sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier. Lorsqu'elles auront satisfait à leur examen, on leur délivrera gratuitement un diplôme dont la forme sera déterminée par le règlement prescrit par les articles 9 et 20 de la présente loi.

Article 33 : Les sages-femmes ne pourront employer les instruments, dans les cas d'accouchement laborieux, sans appeler un docteur, un médecin ou un chirurgien anciennement reçu.

Article 34 : Les sages-femmes feront enregistrer leur diplôme au tribunal de première instance et à la sous-préfecture de l'arrondissement où elles s'établiront et où elles auront été reçues.

Les listes des sages-femmes reçues pour chaque département seront dressées dans les tribunaux de première instance et par les préfets, suivant les formes indiquées

aux articles 25, et 26 de la présente loi.

Titre VI : Dispositions pénales :

Article 35 : Six mois après la publication de la présente loi, tout individu qui continuerait d'exercer la médecine ou la chirurgie, ou de pratiquer l'art des accouchements sans être sur les listes dont il est parlé aux articles 25,26 et 34, et sans avoir de diplôme, sera poursuivi et condamné à une amende pécuniaire envers les hospices.

Article 36 : Ce délit sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du commissaire du Gouvernement près ces tribunaux.

L'amende pourra être portée jusqu'à 1.000 francs pour ceux qui prendraient le titre ou exerceraient la profession de docteur ; _ à 500 francs pour ceux qui se qualifieraient d'officiers de santé et verraient des malades en cette qualité ; _ à 100 francs pour les femmes qui pratiqueraient illicitement l'art des accouchements.

L'amende sera double en cas de récidive et les délinquants pourront en outre être condamnés à une peine de prison qui n'excédera pas six mois.

Nouvelle loi votée le 22 novembre 1892, promulguée le 30 novembre et parue au journal officiel le 1^{er} décembre :

Article 3 : Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1^{ère} ou de 2^e classe délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de Médecine, une École de plein exercice ou une École préparatoire de Médecine ou de Pharmacie de l'État.

Un arrêté pris après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicable aux élèves sages-femmes.

Les sages-femmes de 1^{re} et de 2^e classe continueront à exercer leur profession dans les conditions antérieures.

Article 4 : Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux elles feront appeler un médecin ou un officier de santé.

Annexe 2 : Honoraires

Tarif minimum d'honoraires pour Paris : (en francs)

Adopté par l'Association des Sages-femmes de France réunie en Assemblée Générale le 8 décembre 1912

La division de la clientèle en trois catégories a été approuvée.

La catégorie A comprend la clientèle ouvrière.

La catégorie B la clientèle aisée.

La catégorie C la clientèle riche.

	A	B	C
Accouchement normal, le jour, et 9 visites consécutives, plus un examen pendant la grossesse	40	60	150
Même cas la nuit de 10 heures du soir à 6 heures du matin	50	70	150
Visites supplémentaires	2	3	5
Accouchement compliqué d'hémorragie ou de délivrance artificielle, en plus	10	20	30
Accouchement par la face, le siège ou par la version, en plus	10	20	30
Accouchement gémellaire	Le double		
Fausse couche et soins pendant 9 jours	30	50	100
Dérangement de nuit chez une cliente	5	10	10
Dérangement de nuit chez une non cliente	10	10	20
Dérangement quand deux collègues sont appelées ensemble	5	10	20
Tarif des consultations	2	3	5
Vaccination	3	5	10
Honoraires dus à une collègue ayant fait l'accouchement, mais ne continuant pas les soins	La moitié		

Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge des causes de mortalité maternelle entre 1870 et 1914

Au dix-neuvième siècle, 2% à 6% des parturientes meurent en couches, avec des pics de 20% certaines années. Grâce aux progrès médicaux, la mortalité maternelle diminue entre 1870 et 1914. Les sages-femmes accompagnant la majorité des accouchements, la question de leur rôle dans la prise en charge des grandes causes de mortalité maternelle, que sont l'infection puerpérale, les dystocies, les hémorragies et l'éclampsie se pose.

Par l'étude d'un journal professionnel, le *Journal des Sages-femmes*, il est démontré que la sage-femme est formée durant ses études au dépistage de la pathologie. En attendant l'intervention du médecin qu'elle ne doit pas manquer d'appeler, elle peut prendre en charge la patiente, dans la limite de ses compétences, fixées par les lois de l'an XI et de 1892. Bien que les thérapeutiques de cette époque aient une efficacité discutable, la recherche progresse et permet l'émergence de l'*Evidence Based Medicine*. La sage-femme a donc un rôle de prévention, de dépistage et de diagnostic, ainsi que de prise en charge des grandes causes de mortalité maternelle.

Mots-clés (mesh, rameau): dix-neuvième siècle, sage-femme, mortalité maternelle, infection puerpérale

The role of the midwife in the care of the causes of maternal mortality between 1870 and 1914

During the nineteenth century, 2% to 6% of parturients die in childbirth, with peaks of 20% in some years. Thanks to medical advances, maternal mortality decreased between 1870 and 1914. Midwives accompanying the majority of deliveries, the question of their role in the management of major causes of maternal mortality, such as puerperal sepsis, obstructed labor, hemorrhage and eclampsia arises.

By studying a professional journal, the *Journal des sages-femmes*, it also shows that the midwife is formed while attending screening pathology. While waiting for medical attention that she must not fail to call, she can take care of the patient, within its jurisdiction established by the laws of the Year XI and 1892. Although treatments of this period have questionable effectiveness, research is progressing and allows the emergence of Evidence Based Medicine. The midwife takes part on prevention, screening, diagnosis and care of the major causes of maternal mortality.

Keywords: nineteenth century, midwives, maternal mortality, puerperal infection